ممارسة الخدمة الإجتماعية

فى المجال الطبى

الأستاذ الدكتور

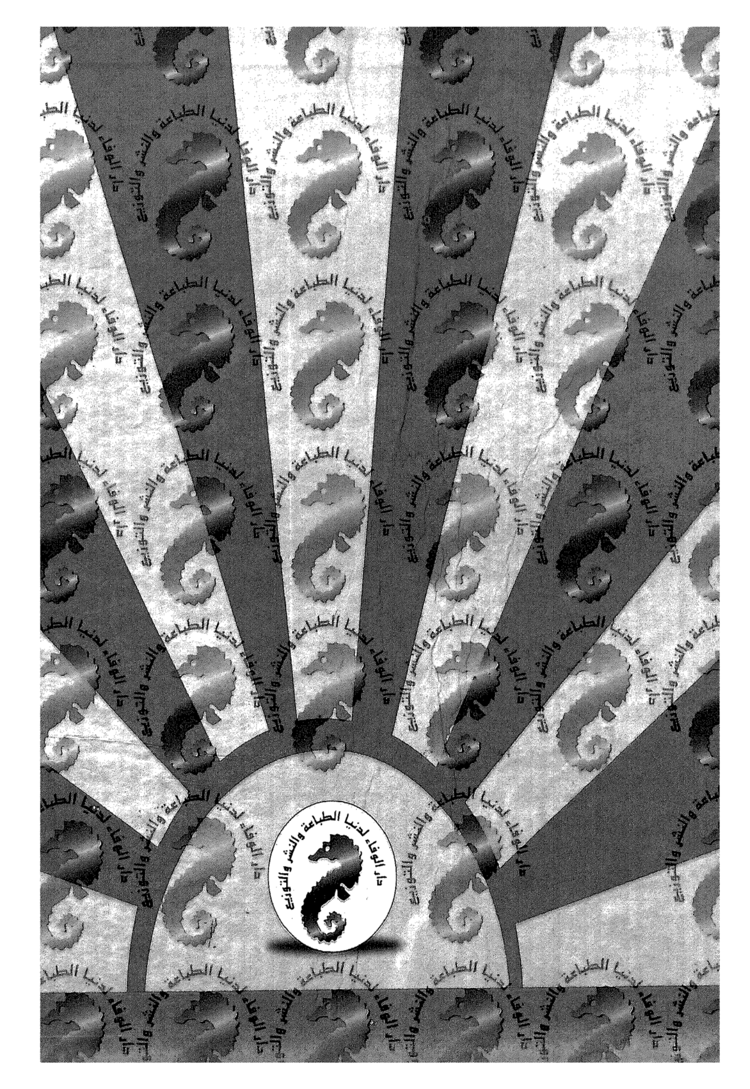
محمد سيد فهمى

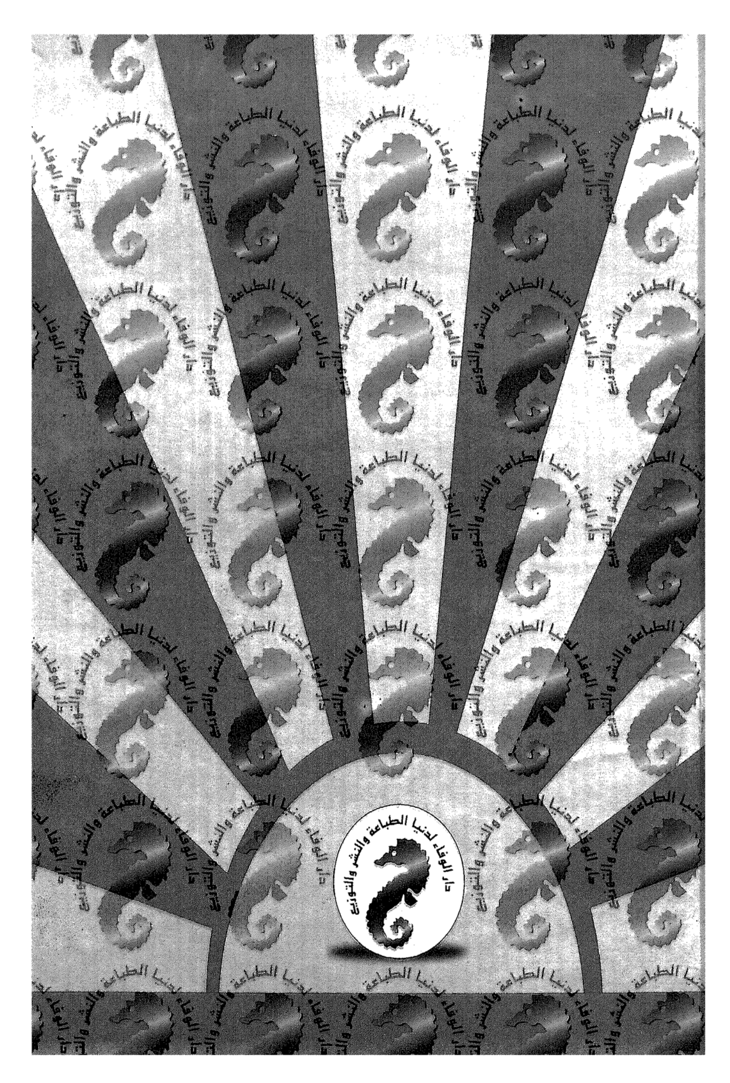
الدكتورة

فايزة رجب بهنسى



تليفاكس : ٥٢٧٤٤٣٨ / ٠٣ - الإسكندرية


دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر والتوزيع


دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر والتوزيع

ممارسة الخدمة الإجتماعية

فى المجال الطبى

إعداد

الأستاذ الدكتور

محمد سيد فهمى

الأستاذ بالمعهد العالى

للخدمة الاجتماعية - بالإسكندرية

الدكتورة

فايزة رجب بهنسى

مدرس بقسم خدمة الجماعة

بالمعهد العالى للخدمة الاجتماعية

بدمنهور

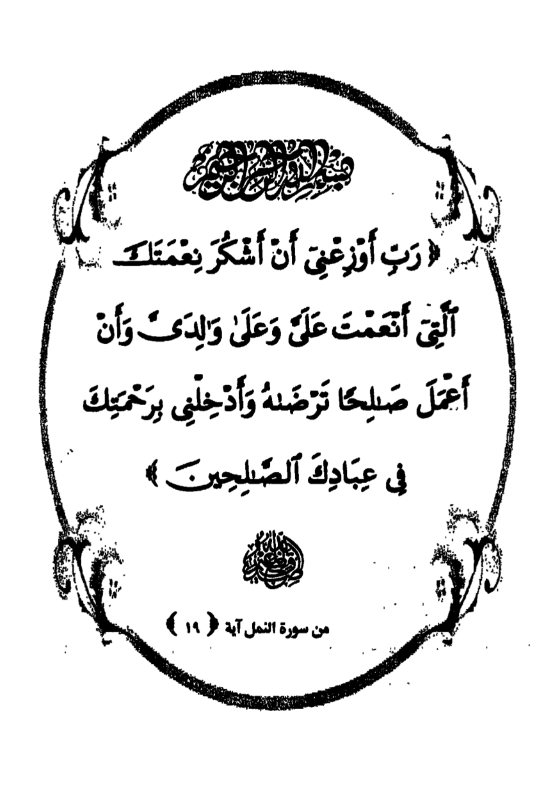
الطبعة الأولى

2011م

الناشر

دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر

تليفاكس : 5274438 -


بسم الله الرحمن الرحيم
﴿ رَبِّ أَوْزِعْنِيٓ أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ
ٱلَّتِيٓ أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَٰلِدَيَّ وَأَنْ
أَعْمَلَ صَٰلِحًا تَرْضَىٰهُ وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ
فِي عِبَادِكَ ٱلصَّٰلِحِينَ ﴾
صدق الله العظيم
من سورة النمل آية (١٩)

الفهرس

مقدمة

الخدمة الاجتماعية مهنة وليدة القرن العشرين ، بالمفهوم العلمى إلا أن ممارستها المتنوعة من خلال المتطوعين والخيرين وأصحاب القلوب الرحيمة ، إمتدت منذ أن وجد الإنسان على سطح الأرض ، ليكدح ويتفاعل مع الآخرين من أجل عمارتها تارة أو من أجل الصراع على البقاء والتنافس أو التصارع مع الآخرين تارة أخرى . وتعمل الخدمة الاجتماعية كمهنة إنسانية وعلم تطبيقى على مساعدة الإنسان فرداً او جماعة أو مجتمعاً لكي يساعد نفسه عملا بقوله ﴿ إِنَّ اللَّهَ لاَ يُغَيِّرُ مَا بِقَوْمٍ حَتَّى يُغَيِّرُواْ مَا بِأَنْفُسِهِمْ ﴾ ولهذا فإن فلسفة عمل الخدمة الاجتماعية تتلخص فى العمل مع الأفراد وليس العمل من أجلهم . وقد تعمل الخدمة الاجتماعية مع الأفراد بشكل مباشر أو غير مباشر وقد يكون تأثيرها أولياً أو ثانوياً ، ولهذا فهى تعمل فى مجالات تعد الخدمة الاجتماعية فيها مهنة معاونة أو مضيفة أو تحقق هدفاً اجتماعياً ونفسياً فى ضوء تحقيق الهدف الأساسى للمجال كالتعليم والصحة والإسكان والسياحة والإعلام والتصنيع وخلافه .

ومن المجالات الثانوية لممارسة الخدمة الاجتماعية المجال الطبى وتعد وظيفة الأخصائى فى المستشفيات والعيادات ومراكز العلاج والمصحات ، على درجة كبيرة من الأهمية ، نظراً لتعقد اعصر الذى نعيشه وتداخل المتغيرات النفسية والاجتماعية من غيرها لتسبب المرض وتدعم استمرارية أعراضه أو تعوق أو تعجل عملية علاجه .

ويرجع الفضل فى انتشار الخدمة الاجتماعية الطبية بمفهومها العلمى إلى " إيدا كانون I . Canon ، ريتشارد كابوت R . Cabpt " فى عام

١٩٠٥ حيث أدركا وأعلنا أن هناك علاقة واضحة بين العوامل الاجتماعية والمرض ، وتحديداً بين الفقر والمرض ، وقد كانت مستشفى ماساشوستين بمدينة بوسطن بالولايات المتحدة الأمريكية حقلاً لدراسات الخدمة الاجتماعية الطبية .

وعلى المستوى العالمى فلقد كانت الحربين العالميتين الأولى والثانية وما نتج عنهما من معوقين ومشوهين ، عاملاً معجلاً بضرورة التوسع فى ممارسات الخدمة الاجتماعية الطبية فى المؤسسات الطبية المختلفة .

وعلى مستوى العالم العربى فلقد كانت مصر سباقة فى هذا الخصوص ، حيث دخلت الخدمة الاجتماعية الطبية فى بداية الأربعينيات ميدان الأمراض الصدرية لتتعامل مع مرضى الدرن وغيره ، وفى نهاية الأربعينيات من هذا القرن دخلت ميدان الصحة العقلية ، ثم فى أوائل الخمسينات بدأت تنتشر ممارسات الخدمة الاجتماعية الطبية فى كل المجالات الطبية فى أنحاء جمهورية مصر العربية ، ومنها خرجت إلى باقى الدول العربية لتقدم خدماتها وحدها أو بمشاركة جنسيات أخرى لخدمة حالات المرضى بالدول العربية منذ مطلع الستينات من هذا القرن .
وقد شعرت من خلال قيامى بالتدريس لطلابى بحاجة المكتبة العربية إلى مؤلف فى الخدمة الاجتماعية الطبية يوضح ممارستها فى ظل تنوع الأمراض وتباين أنماط العملاء وتعدد الخدمات العلاجية سواء كانت بأجر كامل أو رمزى أو دون مقابل ولذا كان هذا المؤلف ليعالج بعض القصور فى الكتابات العربية عن دور الأخصائى الاجتماعى الطبى ، والله نسأل أن يجد فيه القارئ والمتخصص نفعاً ، مع ترحيبى بكل الملاحظات

الموضعية من زملائى وأساتذتى وطلابى رغبة فى تحقيق الأفضل من أجل غد أكثر إشراقاً .

ويتناول هذا المؤلف تسع فصول . حيث يناقش الفصل الأول ماهية الخدمة الاجتماعية الطبية فى ضوء نشأتها وفلسفتها وأهدافها ومبررات تواجدها وتعريفها وخصائصها ، بينما يناقش الفصل الثانى التنظيم الاجتماعى للمؤسسة الطبية ، أما الفصل الثالث فيناقش دور الأخصائى الاجتماعى الطبى ، يوضح الفصل الرابع الممارسات المهنية للأخصائى الاجتماعي مع بعض الأمراض المزمنة ، أما الفصل الخامس فيبين دور الخدمة الاجتماعية فى المجال النفسى والعقلى ، وفى الفصل السادس يبين المؤلف الرعاية الاجتماعية للمعوقين (النشأة والتطور) أما الفصل السابع فيناقش الإعاقة (الفلسفة – التأهيل – العناصر) ، وفى الفصل الثامن يعرض المؤلف أهم المؤسسات لرعاية المعوقين ، وفى الفصل التاسع يتناول أهمية التأهيل المهنى للمعوقين ، وأخيراً يعرض المؤلف لحالة محللة فى المجال الطبى ..

وعلى الله قصد السبيل



الفصل الأول

ماهية الخدمة الاجتماعية الطبية

أولاً : نشأة الخدمة الاجتماعية الطبية :

الخدمة الاجتماعية الطبية Medical social work أحد مجالات ممارسة الخدمة الاجتماعية تعتمد بشكل رئيسى على خبرات ومهارات وأساليب الأخصائى الاجتماعى الطبى فى مساعدة المريض وأسرته من ناحية ، ومساعدة الطبيب وهيئة التمريض وإدارة المستشفى من ناحية ثانية ، ومساعدة المجتمع فى ذا الوقاية والعلاج من الأمراض المختلفة ذات الأبعاد الاجتماعية على وجه الخصوص من ناحية ثالثة .

والخدمة الاجتماعية الطبية فى صورتها التقليدية هى الرعاية التى يقدمها الأخصائى الاجتماعى الطبى للمريض ، مستخدماً خبراته الخاصة فى خدمة الفرد ، لاتصاله بالظروف المحيطة بالمريض ، مساعداً بذلك الطبيب المعالج على فهم الحالة وملابساتها المختلفة حتى يؤتى العلاج ثمرته المرجوة (أحمد زكى بدوى : ٢٦٣) .

وفى حقيقة الأمر لم يكن دخول الخدمة الاجتماعية المجال الطبى ، إلا بناءاً على الحاجة حقيقية شعر بها الأطباء والعاملين فى المجال الطبى، وأكدت عليها تقديمه العلوم النفسية والاجتماعية ، وشددت على أهميتها للمرضى وأسرهم نظراً لدورها الهام فى الإسراع بعملية الشفاء ، وفى دراسة العوامل الاجتماعية المسببة للأمراض ، وفى إزالة أو التخفيف من المعوقات التى تساعد فى استمرار أعراض المرض ومضاعفاته .

ومن العوامل التى مهدت لقيام الخدمة الاجتماعية الطبية ما يلى :-

١- ظهرت فى إنجلترا عام ١٨٨٠ رابطة اجتماعية تدعو إلى الاهتمام بمرضى العقل عقب خروجهم من المستشفيات .

٢- تزعم " تشارلز لوك " فى إنجلترا حركة شعبية تدعو إلى ضـــرورة الاهتمام بالأعمال الاجتماعية فى المجالات الطبية ، لما لذلك من أثر فعال فى الإسراع بالعلاج.

٣- تراكم الخبرات لدى السيدات مـن أصـحاب النزعـات الخيريـة المتطوعات للعمل الاجتماعى الطبى ، وخاصة خبرات الممرضات الزائرات اللاتى كـن يبحـثن الأحـوال والظـروف الاقتصـادية والاجتماعية المؤثرة فى عملية المرضى .

٤- تطبيق بعض المستشفيات فى ولاية " نيويورك " الأمريكيـة لنظـام الممرضات الزائرات للمنازل لإرشاد المرضى وأسـرهم بأسـباب وطبيعة المرض والعوامل المهيئة للإسراع بعملية الشفاء وقـد تـم تقنين هذا النظام عام ١٩٠٤ .

٥- سنة ١٩٠٥ أنشأ أول قسم للخدمة الاجتماعية الطبية واعتبـر ذلـك اعترافا صريحاً بأهمية الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى ، وقـد كانت مستشفى " ماساشوستس " بأمريكا أول من طبق هـذا النظـام (محمد عبد المنعم نور : ١٤) .

٦- تقدم العلوم الاجتماعية والنفسية وإظهارها لأهمية دراسة الجوانـب الاجتماعية المرتبطة بالأمراض المختلفة .

٧- انتشار الأمراض المزمنة ، خاصة مـع تقـدم طـرق اكتشـافها ، وتأثيراتها السلبية على حياة المريض وأسـلوب معيشـته وأفـراد أسرته، مما دفع إلى ضرورة الاهتمام بالمرضى فى بيئاتهم الطبيعية من خلال متخصصين اجتماعين طبيين .

٨- تزايد حالات المعوقين والمشوهين والمصابين بالبتر نتيجة للحروب المختلفة ، خاصة الحربين العالميتين الأولى والثانية ، مما تطلب ضرورة تأهيلهم مهنياً واجتماعياً وطبياً ، مما عزز من أهمية التوسع فى إنشاء أقسام للخدمة الاجتماعية فى المستشفيات المختلفة فى كثير من دول العالم.

٩- عدم قدرة الأطباء على تلبية كافة احتياجات المرضى ، خاصة مع تزايد الإعداد لتقديم الرعاية الطبية ، مما عزز من أهمية العمل الفريقى مع الحالات الطبية ، والذى يعد الأخصائى الاجتماعى الطبى أحد أركان هذا الفريق ، نظراً لما يتميز به من خبرات ومهارات تعاون فى تكاملية الرعاية الطبية للمرضى وأسرهم .

١٠- الحاجة إلى التعامل مع كثير من حالات الصم والبكم والعمى ومتخلفى العقل والمسنين ، على المستوى الوقائى والتنموى المجتمعى والأسرى والفردى ، مما يدعم من أهمية إنتشار الخدمة الاجتماعية الطبية.

ثانياً : فلسفة الخدمة الاجتماعية الطبية :-

تشير الفلسفة Philosophy فى معناها العام إلى علية وجود الشئ ، أى لماذا هذا الأمر ، والفلسفة هى المبادئ والحقائق التى تفسر قيام علم أو نشوء ظاهرة محددة ، فهى مجموعة التفسيرات والتعليلات الموضوعية التى توضح أهمية وجود الخدمة الاجتماعية الطبية .

وقد قامت الخدمة الاجتماعية الطبية على عدة حقائق هى :-

١- تتكامل شخصية الفرد بجوانبها الأربعة الجسمية والنفسية والعقلية والاجتماعية ، وعندما يحدث اضطراب فى أى من هذه الجوانب ، تتأثر باقى الجوانب بهذا الاضطراب ، مما يستدعى التعامل مع الإنسان كوحدة كلية ، وليس من منظور طبى فردى فقط .

٢- لكل إنسان الحق فى الرعاية ، والحق فى المحافظة على كرامته ، والاهتمام بإنسانيته ، وتساهم الخدمة الاجتماعية الطبية فى إشباع الاحتياجات النفسية والاجتماعية ، بطريقة مناسبة حتى يستفيد الفرد من الخدمات العلاجية المختلفة .

٣- لكل إنسان فرديته ، ولكل حالة خصوصيتها ، مما يستدعى التوسع فى الخدمات الاجتماعية للمرضى ، مراعاة لظروفهم وأحوالهم التى تتأثر بشكل واضح بمرضهم .

٤- تنشأ كثير من الأمراض لدى الأطفال والمراهقين والمسنين ، نتيجة لعوامل اجتماعية ونفسية ، وإهمال هذه العوامل فى عمليتى الدراسة والتشخيص ، يعوق عملية العلاج ، بل وقد يعقد العلاج ويزيد من أعراض المرض .

٥- تتأثر كثير من الأمراض بالأحوال الأسرية والاقتصادية وبظروف البيئة المحيطة بالمريض ، ومن ثم فإنه من الضرورى أن يتزامن العلاج الاجتماعى مع الطبى وأحيانا النفسى فى كثير من الحالات ، وإلا فقد العلاج مصداقيته وتعثر فى تحقيق هدفه .

٦- لا تنتهى أبداً عملية العلاج لحالات المرض النفسى والعقلى وحـالات الإعاقات الخاصة السمعية والبصرية والجسمية ، بخروج المريض من المستشفى أو العيادة ، بل إن الأمر يتطلب متابعة فى البيئة من خـلال خدمات الأخصائى الاجتماعى الطبى .

٧- من حق الأفراد على المجتمع أن يزودهم بالثقافة الصحية الاجتماعية ، اللازمة لمنع إنتقال العدوى إليهم من الآخرين ، خاصة إذا كانوا مـن المخالطين أو المتعايشين مع هؤلاء المرضى ، مثل حـالات الـدرن والجزام والإيدز والأمراض الجنسية .

٨- من حق المرضى أن يجدوا من يتقبلهم ويقدر مشـاعرهم ، ويحتـرم فرديتهم ويقيم علاقة مهنية متزنة معهـم ، ويـؤمنهم علـى سـرية معلوماتهم ، يزيل جو رهبة المستشفى والمرض لديهم .

٩- من حق المريض ، خاصة عندما يكون مرضـه مزمنـاً ، إن يجـد الرعاية الاجتماعية الكريمة له ، والتى تسـهل لـه الحصـول علـى الخدمات المتخصصة الطبية ، وتعاونه فى حل مشكلاته بالدراسـة أو العمل أو الأسرة والتى تضطرب نتيجة المرض .

ثالثاً : أهداف الخدمة الاجتماعية الطبية :

تسعى الخدمة الاجتماعية الطبية إلى تحقيق أهـداف عـدة بالنسـبة للمريض وأسرته ، والطبيب ، وإدارة المستشـفى ، وهيئـة التمـريض ، المجتمع بصفة عامة .

وتدور الأهداف حول ثلاثة مستويات هى :-

١- **أهداف علاجية** : تتعلق بالتعامل مع المرضى أثناء وجودهم فى العيادة الداخلية ، أو فى العيادة الخارجية ، وتتعلق هذه الأهداف بالإسراع فى عملية الشفاء ، من خلال تقديم العون اللازم بشأن دراسة وتشخيص وعلاج الأمراض ذات الأسباب والأعراض الاجتماعية ، أو متابعة الحالات ودراسة ظروفها الأسرية والإقتصادية والنفسية والدراسية والعملية ، وتقديم التسهيلات المتطلبة فى هذا الشأن ، أو تسهيل حصول الحالات على العلاج المناسب ، خاصة عندما تحول ظروفها الإقتصادية دون ذلك فى ظل نظم العلاج بالأجر ، وفضلا عن ذلك متابعة الحالات فى البيئة الطبيعية وتهيئة المناخ الأسرى الملائم لإستقبال المريض عقب خروجه من المستشفى ، وتزداد أهمية ذلك عندما يكون المرض مزمناً والمريض إعتمادياً والأسرة غير متقبلة لمرض أحد أفرادها ، وما ينتج عنه من نقص فى مواردها أو توزيع لأدوارها بطريقة تثقل كاهل بعض أعضاء النسق الأسرى وطبيعى أن الأهداف العلاجية تتضمن إعتراف المريض بمرضه وتفهمه للعوامل المؤدية إليه والمعجلة بالشفاء منه ، بجانب تخفيف حدة القلق والألم والرهبة المصاحبة للمرض خاصة فى حالة إجراء بعض العمليات أو الجراحات المتطلبة حسب حالة المريض .

٢- **أهداف وقائية** : تمارس وسائل تحقيق الأهداف الوقائية قبل وقوع المرض ، مع أسرة المريض أو زملائه فى العمل ، أى مع الأفراد المعرضين للإصابة أو لنقل العدوى ، وكذلك تمارس الأساليب الوقائية مع كل أفراد المجتمع الذين يتعاملون بطريقة أو أخرى مع أفراد أو

جماعات أو مجتمعات بها أمراض يمكن أن تصيب هؤلاء الأفراد ، ويدخل فى إطار هذه الأهداف مساهمات الخدمة الاجتماعية الطبية فى الحملات القومية لتطعيم الأطفال ، ورعاية المراهقين ، رعاية المسنين، رعاية متخلفى العقل ، رعاية حالات الإعاقة الجسدية أو السمعية أو البصرية ، وتستخدم لتحقيق الأهداف الوقائية وسائل متعددة سمعية وبصرية ، مباشرة وغير مباشرة ، فى مناسبات محددة أو فى توقيتات متباينة ، كأن نعلم أفراد المجتمع كيفية التعامل مع المدمنين والوقاية من الإدمان ، أو كيفية الوقاية من الأمراض الجنسيةِ كالإيدز والزهرى والسيلان ، أو كيفية الوقاية من بعض الأمراض المزمنة مثل السكر أو أمراض القلب وتصلب الشرايين .

وتساهم الصحف والمجلات والإذاعة والتلفزيون فى تحقيق هذه الأهداف ، وقد يستخدم الأخصائى النشرات أو الاجتماعات أو حلقات النقاش لتحقيق ذلك ، وقد يستخدم الإتصال المباشر من خلال بعض الزيارات أو المكاتبات أو الملصقات لوقاية الأفراد المعرضين للإنحراف أو للمرض ، وبصفة عامة فإن الأهداف الوقائية بمثابة توعية وتثقيف إجتماعى طبى شامل لكل أفراد المجتمع عملاً بالقاعدة الأصلية " الوقاية خير من العلاج " .

٣- **الأهداف التنموية :** تسعى الخدمة الاجتماعية الطبية إلى تنمية قدرات ومهارات الأفراد المرضى وأسرهم والمحيطين بهم والمشاركين لهم على التعامل الجيد مع المرض ومضاعفاته .

فقد يتطلب المرض تنمية معارف المريض عن طبيعة ومدعمات إستمرارية المرض لديه ، أو يتطلب المرض إعادة تأهيل المريض نفسياً

وإجتماعياً لتعلم حرفة أو مهنة جديدة ، أو يتطلب المريض تنمية مهارات خاصة بالتعامل مع الآخرين خاصة مع الزوجة مثل حالات الفشل الكلوى، وقد يتطلب الأمر تعليم أسرة المريض كيفية إعادة توزيع الأدوار داخل الأسرة وكيفية مواجهة النقص فى الدخل الأسرى .

وبصفة عامة فإن وسائل تحقيق الأهداف التنموية قد تتصل بتغيير عادات وتقاليد وسلوكيات لدي المريض وأسرته والمحيطين به ، أو تتطلب تعلم حرفة أو مهنة أو مصارف جديدة لمواجهة الموقف المرضى الطارئ المؤقت أو المتوقع المستمر .

ويدخل فى إطار الأهداف التنموية إنشاء مؤسسات أو عيادات أو أقسام أو أجهزة أو مؤسسات لا وجود لها فى البيئة وتحتاج حالات المرضى إليها .

وتتحقق الأهداف التنموية كذلك من خلال الاتصال المباشر مع المريض وأسرته والمحيطين لزيادة المهارات الاتصالية والتفاعلية لتحقيق التوازن الأسرى .

وسوف نعطى مثالاً : لتوضيح المستويات الثلاثة والتى يمكن أن تتحقق فى حالة واحدة أو فى حالات متباينة . إفترض أن سائق سيارة تاكسى " أجرة " أصيب بالسكر ، وأثناء قيادته للسيارة فاجأته نوبة السكر فإنقلبت به السيارة من فوق مرتفع جبلى ، وتطلب الأمر إجراء جراحة لبتر ساقه وهو يرفض ذلك لأن ساقه يعد أحد موارد رزقه ، فهو يستخدمه فى قيادة السيرة وللسعى وراء لقمة العيش ، ولكن عدم البتر كما يرى الطبيب سيؤدى لإصابته بحالة من التسمم ستدفع به إلى الوفاة .

هنا يبرز دور الخدمة الاجتماعية الطبية فى تحقيق هدفها العلاجـــى بإقناع المريض وأسرته بسرعة إجراء الجراحـــة ، لأن عنصـــر الوقـــت سيؤدى إذا أهملناه من حساباتنا إلى وفاة السائق وبعد الجراحة سيبرز دور الخدمة الاجتماعية الطبية فى تحقيق هدفها التنموى فى تســهيل حصـــول السائق على سيارة مجهزة بطريقة مناسبة لإستخدام المعـــوق ، أو تعلـــيم السائق حرفة جديدة للإسترزاق منها ، من خلال تحويله إلى المؤسســـات المتخصصة فى ذلك ، وكذا تأهيل السائق على تقبل تركيب جهاز تعويضى وكيفية إستخدامه ، من خلال قسم الأجهزة التعويضية الخاص بالمستشـــفى أو الملحق بمؤسسة أخرى، وقد يتطلب الأمر تغييـــر إتجاهـــات الأســـرة السالبة نحو عائلها وضرورة تخفيف الضغط عليه .

وعند هذا الحد قد تكون المشكلة قد حلت بالنسبة للفرد ولكنها مازالت قائمة فى المجتمع ، لهذا تسعى الخدمة الاجتماعية الطبية إلى تحقيق هدفها الوقائى فى شرح كيفية التعامل مع الطعام حتى لايصاب الفـــرد بمـــرض السكر، وكيفية التعامل الغذائى لمن أصيب بمـــرض الســـكر ، وخطـــورة القيادة فى حالة عدم ضبط نسبة السكر فى الدم ، وقد يتطلب الأمر إعـــداد برامج خاصة لوقاية أفراد المجتمع من الوقوع فى مثل هـــذه الحـــوادث ، وبجانب ذلك يستثمر الاخصائى الاجتماعى القضية فـــى تنبيـــه المجتمـــع لخطورة الحوادث والسرعة والإنفعال أثناء القيادة .

وفى ضوء ما سبق عرضه يمكن توضـــيح أهـــم أهـــداف الخدمـــة الاجتماعية الطبية فيما يلى :

١- مساعدة المريض على الاعتراف بمرضه ، والسعى لعلاجه والتعاون مع الفريق المعالج .

٢- تبصير المريض بمسببات المرض ، أعراضه ، ومضاعفات عدم الإلتزام بتنفيذ خطة العلاج .

٣- ربط المريض بالواقع ، فى ضوء إعادة توزيع الأدوار الأسرية نتيجة مرضه ، خاصة فى حالات الأمراض المزمنة ، الخطيرة .

٤- تقوية علاقة المريض بالخالق جل شانه ، من خلال الإلتزام بتعاليم الدين، وإبعاد فكرة الشعور بالإثم أو الذنب إلا إذا كان المريض سيكوباتيا، لأن تنمية الوازع الدينى لدى المريض هام فى تخفيف حدة الشعور بالألم وفى تقوية ثقة الفرد فى نفسه " ألا بذكر الله تطمئن القلوب".

٥- تغيير أفكار واتجاهات المريض غير العقلانية نحو مرضه ومضاعفاته ، خاصة لدى المرضى الكبار شديدى الحساسية الذين يصورون مرضهم على أنه نهاية الأجل ، مع أن ذلك فى علم الحق " لكل أجل كتاب " .

٦- تهيئة النسق الأسرى للتعامل مع المريض ومضاعفات مرضه إن وجدت بطريقة مناسبة ، لا يشعر معها المريض بالدونية أو النقص أو العجز أو الضياع .

٧- تسهيل حصول المرض على الخدمات العلاجية .

٨- تزويد المريض بالنصائح المهنية المفيدة لحالته وتقديم العون له فى مجالات دراسته أو علمه إذا تطلب الأمر ذلك .

٩- تهدف الخدمة الاجتماعية الطبية إلى معاونة الطبيب في دراسة وتشخيص وعلاج الحالات المرضية ذات الأبعاد الاجتماعية سبباً أو عرضاً أو نتيجة .

١٠- معاونة هيئة التمريض بالمستشفى فى تنظيم وحسن إستفادة المرضى من خدمات العلاج والنظافة والتغذية وزيارات المرضى .

١١- معاونة إدارة المستشفى فى تنظيم العمل وبيان مدى رضا المستفيدين ، والمعوقات الموجودة ، وكيفية مواجهتها .

١٢- تنمية موارد المستشفى من خلال إستثارة المرضى وأسرهم وأفراد المجتمع للتبرع خاصة لحالات غير القادرين على دفع مصاريف العلاج.

١٣ تبصير وتوعية المجتمع بالعوامل الاجتماعية المرتبطة بالأمراض الأكثر إنتشاراً وكيفية التعامل معها والوقاية منها ، فضلاً عن بيان مصادر الخدمات والعلاج للمعوقين حتى لا يصبحوا قوة مستهلكة تعوق تنمية المجتمع .

رابعاً : أهم المبررات التى تزيد من أهمية الخدمة الاجتماعية الطبية فى الوقت الراهن :

تزداد أهمية الخدمة الاجتماعية الطبية بزيادة الحاجة إليها ، والتى تتأثر بمدى فاعلية دورها ، وبإتساع حجم خدماتها ، وبزيادة الطلب عليها من جانب المستفيدين والأطباء وهيئة التمريض وإدارة المستشفى والمجتمع، ويمكن أن تحدد المبررات الآتية التى جعلت الخدمة الاجتماعية الطبية أكثر أهمية فى الوقت الحاضر فيما يلى :-

١- زيادة عدد حالات المعوقين ، نتيجة لكثرة الحوادث والحروب وزيادة حالات العنف ، مما يستدعى مزيد من الخدمة الاجتماعية الطبية .

٢- زيادة عدد حالات المسنين ، نتيجة لإرتفاع المتوسط العمرى للإنسان لتقدم علوم الطب ، مما يستدعى أن تقدم لهم خدمات اجتماعية طبية خاصة ، ويزيد من هذا ، التوسع فى دور المسنين ونوادى ومؤسسات رعاية المسنين نتيجة لإهمال الأبناء المتزايد فى رعاية الوالدين ، ولسيادة نزعة الأنانية وعدم الوفاء من جانب الأجيال الصاعدة فى مقابل الأجيال الماضية .

٣- زيادة ضغوط الحياة وتواتراتها ومشكلاتها وتعقد المواقف الاجتماعية أظهر أمراض جديدة لم تكن منتشرة من قبل ، مثل الأمراض الجسمية لأسباب نفسية واجتماعية وهى ما يطلق عليها الأمراض السيكوسوماتية ، مما يستدعى مزيد من الخدمة الاجتماعية الطبية لهؤلاء المرضى .

٤- زيادة الرغبة فى تقديم برامج الرعاية الطبية الاجتماعية لذوى الحاجات الخاصة مثل متخلفى العقل ، أو ضعفاء السمع أو فاقدية ، أو ضعاف البصر أو المكفوفين ، أو المعوقين جسديا ، جعل من الضرورى التوسع فى تقديم الخدمات الاجتماعية الطبية لهذه الفئات أمراً ضرورياً .

٥- زيادة فاعلية حركات الدفاع الاجتماعى Social Advocqcy خاصة مع انتشار حالات الإيدز والإدمان والأمراض الجنسية كنتيجة للتحرر الزائد والاختلاط الماجن وغياب الحدود وضياع القيم والمعايير ، لدى

البعض من مفتقدى التنشئة الاجتماعية وضعيفى الوازع الدينى ، جعل التوسع فى طلب الخدمات الاجتماعية الطبية ضرورة لا غنى عنها .

٦- تزايد أعداد المصابين بالإضطرابات والأمراض النفسية والعقلية ، مع التوسع فى تقديم الخدمات المتكاملة للإنسان ، مع حاجة المرضى وأسرهم إلى الرعاية الاجتماعية والتوعية الصحية ، جعل من الخدمة الاجتماعية الطبية مطلباً أساسياً لأى وحدة علاجية .

٧- حاجة المؤسسات الطبية إلى الأدوار المتخصصة للأخصائى الاجتماعى الطبى ، لتنظيم جهود المؤسسة ، ولضمان وصول الخدمة العلاجية لمستحقيها ، ولتيسير إجراءات الاستقبال والعيادة الداخلية والخروج بعد الشفاء ، وتزداد هذه الحاجة بزيادة أعداد المرضى وتعقد الإجراءات والتوسع فى الأقسام العلاجية .

٨- زيادة أعداد المرضى وكثرة الضغوط على الأطباء تجعلهم فى حالة انشغال دائم ، مما يتعذر معه متابعة الحالات خاصة بعد الخروج من المستشفى ، فضلاً عن الحاجة لتزويد المريض وأسرته بالإرشادات اللازمة ، وفى هذا تعاون بكفاءة الخدمة الاجتماعية الطبية .

٩- إتساع حجم الخدمات العلاجية ونوع امكانها يجعل من الضرورى أن تكون هناك أقسام للخدمة الاجتماعية الطبية لتبصير المرضى بالخدمات وكيفية الحصول عليها ، ومتطلبات ذلك ومدى إسهام العمل فى تكاليف العلاج وكيفية الاستفادة بذلك .

١٠- حاجة المرضى خاصة بالعيادات الداخلية إلى جهود الخدمة الاجتماعية الطبية فى تنفيذ برامج الترويح والترفية وشغل وقت الفراغ، بجانب برامج التأهيل الاجتماعى لمن يراهم فى حاجة لذلك .

١١- إنتشار العلاج الخاص والاستثمارى جعل من الضرورى تسويق الخدمات الطبية ، والاهتمام بالمشاعر الإنسانية للمرضى ، وفى هذا تساهم الخدمة الاجتماعية الطبية فى تحسين أداء الخدمات الطبية .

١٢- أصبحت عمليات تقويم الممارسات المهنية ، والاهتمام بقياس مدى رضاء المستفيدين عن الخدمات وأساليب تطويرها ، هدفاً أساسياً فى لمؤسسات الصحية ، وتستطيع الخدمة الاجتماعية الطبية أن تقوم بدور فاعل فى هذا الخصوص .

خامساً : تعريف الخدمة الاجتماعية الطبية :-

عرفت " فاطمة الحارونى " (١٩٧٥) الخدمة الاجتماعية الطبية بأنها مجموعة المجهودات الاجتماعية الموجهة إلى مساعدة الطبيب فى تشخيص بعض الحالات الغامضة ، وفى رسم خطة علاجية لها وإلى تمكين المرضى من الانتفاع بالعلاج المقدم لهم ، واسترداد وظائفهم الاجتماعية ، وذلك بإزالة العوائق التى تعترض طريق انتفاعهم من الفرص العلاجية المهيأة لهم ، وتمهيد الظروف للانسجام مع المجتمع بعد الشفاء . (فاطمة الحارونى : ٦٠٥) .

وأشارت " فاطمة الحارونى " إلى أن الوسيلة الأساسية التى تستخدم فى تحقيق أهداف الخدمة الاجتماعية الطبية هى خدمة الفرد ، ولكن هذا لا يمنع الأخصائى الاجتماعى الطبى من أن تمتد جهوده إلى خارج نطاق خدمة الفرد، بالقدر الذى تتطلبه مصلحة العمل ودقته ، حيث يهتم بالتنظيم الداخلى ويساعد المرضى فى حسن استخدام وقت الفراغ . (فاطمة الحارونى : ٦٠٥) .

بينما حدد " أحمد الشبكشى " الخدمة الاجتماعية الطبية بأنها إحدى فروع الخدمة الاجتماعية بصفة عامة ، مجال تخصصها العمل فى المؤسسات الطبية ، أساسها العمل المشترك بين الطبيب وهيئة التمريض والاخصائى الاجتماعى ، تهدف إلى الوصول بالمريض إلى الاستفادة الكاملة بالعلاج الطبى والتكيف فى بيئته الاجتماعية فى حين أوضحت " إقبال محمد بشير " أن الخدمة الاجتماعية الطبية هى العمليات المهنية التى يقوم بها الاخصائى لدراسة استجابات المريض إزاء مشاكله المرضية ، تتضمن تقديم خدمة الفرد وخدمة الجماعة فى بعض المواقف ، وذلك فى المستشفيات والعيادات وغيرها من المؤسسات الطبية ، لتوفير الفرص الملائمة التى تسمح للمريض بالانتفاع بالخدمات الطبية بطريقة فعالة ، وتهتم الخدمة الاجتماعية الطبية بصفة خاصة بتقديم المساعدة فى المشكلات الإنفعالية والاجتماعية التى تؤثر فى تطور المريض وسير العلاج ، وتهدف إلى المساعدة المريض على الإستفادة الكاملة من العلاج ثم مساعدته على التكيف فى بيئته الاجتماعية (إقبال مخلوف ، إقبال بشير : ٢٧ – ٢٩).

وفى واقع الأمر إن ثمة ملاحظات يجب أن تؤخذ فى الإعتبار عند تحليل التعاريف السابقة ، على النحو التالى :-

١- الخدمة الاجتماعية الطبية ليست مجهودات تحتمل طابع العشوائية أو التطوع ، ولكنها ممارسات مخططة ومنظمة وواعية .

٢- الخدمة الاجتماعية الطبية لا تتعامل فقط مع الحالات الغامضة ولكن تطور العلوم الاجتماعية والنفسية جعلها تتعامل مع كل الحالات المترددة للعلاج أو الإستشارة فى المؤسسات الطبية المتنوعة .

٣- الخدمة الاجتماعية الطبية تسعى حقيقة إلى معاونة المريض على التوافق النفسى والاجتماعى ، وهى بذلك تعمل على محورين معاهما الذات والبيئة ، أى قبول الشخص لواقعه ومرضه والتعامل معه بطريقة إيجابية، وقبول الآخرين للمريض ومعاونته على أداء أدواره ، ووجود علاقة تبادلية توازنية تكاملية الفرد والمجتمع .

٤- ليست ممارسة الخدمة الاجتماعية الطبية مقصورة على دراسة استجابات المريض نحو المرض ، بل إنها تتعدى ذلك كثير فهى تدرس الدوافع والعوامل المشكلة لهذه الاستجابات ، وتدرس النتائج المترتبة على إستمرار أو إختفاء تلك الاستجابات المرضية .

٥- لم تعد ممارسة الخدمة الاجتماعية الطبية ، فى ظل المنظور الحديث للمؤسسة الطبية كنسق اجتماعى ، ممارسة مقصورة على طريقى خدمة الفرد وخدمة الجماعة ، ولكنها ممارسة تستخدم كل طرق الخدمة الاجتماعية الأساسية والفرعية .

٦- لا تقتصر ممارسة الخدمة الاجتماعية الطبية على المريض كمسئول عن المشكلة الطبية ولكنها تتجاوز ذلك إلى الأسرة والمدرسة والعمل والمجتمع ، ومن ثم تتعدى ممارساتها حدود المؤسسة الطبية وتتعامل فى كثير من الحالات مع عشرات المؤسسات الأخرى لصالح المريض والمجتمع .

وفى ضوء ما سبق يمكن أن نضع التعريف التالى للخدمة الاجتماعية الطبية :

الخدمة الاجتماعية الطبية هى : العمليات المهنية المتخصصة التى يمارسها الاخصائى الاجتماعى فى المجال الطبى ، لمساعدة المريض

وأسرته والمجتمع من ناحية ، والطبيب وهيئة التمريض وإدارة المستشفى من ناحية أخرى ، لدراسة وتشخيص وعلاج الحالات الفردية والجماعية ، فى إطار نظريات ومعارف ومبادئ ومهارات الخدمة الاجتماعية ، لتحقيق أهداف وقائية وتنموية وعلاجية ، بما يتمشى مع طبيعة المشكلة المرضية ووظيفة المؤسسة الطبية وثقافة المجتمع .

ونستخلص من ذلك التعريف الإجرائى التالى للخدمة الاجتماعية الطبية :

١- هى أحد مجالات ممارسة الخدمة الاجتماعية .

٢- تمارس من خلال الأخصائى الاجتماعى الحاصل على بكالوريوس الخدمة الاجتماعية .

٣- تمارس فى المؤسسات الطبية والمتنوعة .

٤- تتعامل بشكل أساسى فى إطار معارف ونظريات ومهارات الطرق المختلفة للخدمة الاجتماعية .

٥- تستهدف تغيير سمات أو اتجاهات المريض نحو مرضه .

٦- تسعى لمعاونة المريض على حسن أداء وظائفه الاجتماعية وحسن استقرار أوضاعه البيئية .

٧- تقدم خدماتها على مستويات فردية ، جماعية .

٨- تتضمن عملياتها التأثير الإيجابى فى العميل وأسرته ومجتمعه المحلى.

٩- تقدم مساعدتها فى إظهار الجوانب الاجتماعية والنفسية المسئولة عن المرض والمرتبطة بإستمراريته .

١٠- تمارس فى إطار تعاونى مع الطبيب وهيئة التمريض .

١١- تختلف ممارستها من مشكلة لأخرى حسب طبيعة المـرض ونمـط شخصية العميل .

١٣- تراعى فى ممارستها وظيفة المؤسسة وثقافة المجتمع الكبير .

١٤- تتضمن ممارستها عمليات فنية وإدارية وتنظيمية ضماناً لإسـتفادة المريض من العلاج .

١٥- دورها لا يقتصر على التعامل داخل المستشفى بل يتعداه إلى خارج المستشفى في تتبع الحالات التى تتطلب ذلك .

١٦- تسعى لتحقيق أهداف وقائية وتنموية بجانب أهدافها العلاجية المحددة.

سادساً : خصائص الخدمة الاجتماعية الطبية :

١- الخدمة الاجتماعية الطبية طريقة مهنية ذات أصول معرفية مستمدة من طرق الخدمة الاجتماعية الأساسية وهى مثل خدمة الفرد ، خدمة الجماعة، تنظيم المجتمع ، بجانب طرقها الفرعية وهى التخطيط الاجتماعى والبحث الاجتماعى وإدارة المؤسسات الاجتماعية .

٢- يمارسها اخصائى اجتماعى متخصص فى المجال الطبى ومعد إعداداً نظرياً وعملياً يتناسب مع كفاءة الأداء وحاصل على بكالوريوس الخدمة الاجتماعية

٣- مبادئها الأساسية تقوم على إقامة العلاقة المهنية الهادفة ، تقدير مشاعر العميل ، تأمينه على سرية بياناته ، تقبل ظروفه وآماله وآلامه فرديته ، التحرك معه فى ضوء الإيمان بحقه فى تقرير مصيره لتنضج شخصية بالممارسة ، فى إطار من الإيجابية والواقعية .

٤- لا تقدم خدماتها بمعزل عن خدمات الطبيب وهيئة التمـريض وإدارة المستشفى بل أنها تتكامل مع جهودهم .

٥- تسعى للإسرع بشفاء المريض وإعادته لممارسـة أدواره ووظائفـه الاجتماعية بجانب استقرار أوضاعه البيئية .

٦- تمارس فى المؤسسات الطبية المتنوعة ومع كافة المرضى ولتحقيـق أهداف تنموية وقائية وعلاجية .

مراجع الفصل الأول

١- أحمد زكى بدوى : معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية ، بيروت، مكتبة لبنان ، ١٩٨٢ .

٢- إقبال محمد بشير ، سلوى عثمان : الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى ، الإسكندرية : المكتب الجامعى الحديث ، ١٩٨٦م.

٣- إقبال محمد بشير ، إقبال إبراهيم مخلوف : الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى والتأهيلى والمجال النفسى ، الإسكندرية : المكتب الجامعى الحديث ، ١٩٨٧م.

٤- محمد عبد المنعم نور : الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل ، القاهرة، دار المعرفة ، ١٩٧٨م.

٥- فاطمة مصطفى الحارونى : خدمة الفرد فى محيط الخدمات الاجتماعية ، القاهرة ، مطبعة السعادة ، ج٢ ، ط٦، ١٩٧٥م.



الفصل الثانى

التنظيم الاجتماعى للمؤسسة الطبية

تقديم :

تعتبر المؤسسة الطبية أحد المؤسسات التى تهدف إلى تقديم أوجه الرعاية الصحية العلاجية والوقائية والإنشائية للأفراد والجماعات داخل المجتمع ، ولكى تقوم بهذه الوظائف لابد أن يتوفر لها المكان الذى يسمح بتقديم هذه الخدمات من غرف ومعامل وغرف عمليات ، وأجهزة أشعة ، وصيدلية ... إلخ ، والوظيفة التى أقيمت من أجلها .

كما تقوم هذه المؤسسات باعتبارها نسق كلى يتكون من مجموعة من الأنساق الفرعية كقسم الخدمة الاجتماعية ، ومجلس إدارة المستشفى ، والشئون الإدارية والشئون المالية ... إلخ ، وحتى تحقق هذه المنظمات أهدافها لابد أن تتكامل وتتناسق وتتعاون الأنساق الفرعية ليتحقق التعاون والتكامل فى تأدية وظيفة المؤسسة ، باعتبارها أن أى تقصير فى أى نسق فرعى يؤثر على بقية الأنساق الأخرى ويحدث ما يسمى بالاضطراب وعدم التوازن داخل النسق الكلى .

وتعتبر الخدمة الاجتماعية الطبية أحد الأقسام الفرعية فى التنظيم الطبى يتبع إدارتها ويخضع لإشرافها ، وله دور فعال فى مساعدة الأقسام الفرعية الأخرى على التعاون والتنسيق لتحقيق أهداف المؤسسة.

وسوف نتناول فى هذا الفصل تقديم عرض موجز عن كل من مفهوم المؤسسة الطبية والخصائص المميزة لعلاقة الخدمة الاجتماعية بالمؤسسة الطبية ، ومكونات التنظيم المؤسسى للخدمة الاجتماعية ، والصعوبات التى تعوق الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى ، ثم التحدث عن إعداد الأخصائى الاجتماعى الطبى .

أولاً : مفهوم المؤسسة الطبية :

يقصد بالمؤسسة الطبية كل هيئة ، أو وحدة ، أو تنظيم يستهدف تقديم رعاية صحية ، سواء كانت علاجية أو وقائية أو إنشائية ، وسواء كانت رعاية عامة أو رعاية متخصصة بلا استثناء ، وتكتسب المؤسسة هذه الصفة العلاجية ، أو الوقائية الصحية، لوجود عدد مناسب من المتخصصين فى شئون الطب ، كالأطباء ، والممرضين والأخصائيين فى شئون العلاج أو الكشف أو التحليل ... إلخ . (1)

ويندرج تحت المؤسسات العلاجية .. المستشفيات العامة والمستشفيات المتخصصة ، والعيادات ، والمستوصفات . كما يندرج تحت المؤسسات الوقائية .. مكاتب الصحة ، ومراكز رعاية الطفل ومراكز رعاية الأمومة والطفولة ، والصحة المدرسية ، ومكاتب التثقيف الصحى ، وكافة نشاطات مصلحة الطب الوقائى ، أما المؤسسات الإنشائية فيندرج تحتها : دور النقاهة ، ومكاتب التأهيل المهنى ، ومراكز التأهيل المهنى .

وتتميز المؤسسة الطبية .. خاصة كبيرة الحجم .. بتعدد أقسامها الطبية المتخصصة ، وأقسامها الإدارية المختلفة .. كما أن المؤسسة الطبية تتسم بطابع يميزها عن غيرها من المؤسسات والهيئات الاجتماعية ، فهى نمط خاص من حيث المظهر والأداء ، وطبيعة العملاء . فاللون الأبيض الموحد لجميع العاملين بها ، والأسِرة ، ورائحة الدواء والمطهرات ، ومنظر المرضى وآلامهم .. إلخ . كل ذلك ، جعلها نموذجاً فريداً من المؤسسات تتميز بجو نفسى خاص بها .

كما تتميز المؤسسة الطبية كذلك بأنها وإن انتظمت تحت مجموعة من اللوائح والإجراءات لتنظيم شئونها ، إلا أن طبيعة المرض ، وفردية

كل حالة من حالات المرض . تخضع هذه الإجراءات واللوائح وتطوعها لظروف كل مريض على حده ، أى أنها لا يمكن أن تسير على وتيرة روتين جامد ، بل أن حالة المريض قد تقتضى حرية التصرف للطبيب وفق ظروف الحالة فمقتضيات المريض تقرر الأسبقيات ، كما تخضع إجراءات المؤسسة الطبية لظروفها . (٢)

ثانيا : علاقة الخدمة الاجتماعية الطبية بالمؤسسة الطبية

إن علاقة الخدمة الاجتماعية بالمؤسسة الطبية علاقة تساند وتكامل ولا يمكن أن تنفصل هذه العلاقة عن بعضها البعض فى ضوء الخدمات المشتركة بينهما .

وعلى ذلك فإن علاقة الخدمة الاجتماعية بالمؤسسة الطبية تتميز بالخصائص التالية :- (٣)

١- أن قسم الخدمة الاجتماعية فى المستشفى ليس وحدة مستقلة ولكنه جزء من إدارة المستشفى فهو مكمل للعمل الرئيسي الذى يتركز فى علاج المريض . لذلك فإن الأخصائى الاجتماعى الطبى يشترك مع فريق المستشفى الذى يضم الطبيب والممرضات وغيرهم من الأخصائيين .

٢- أن دور الأخصائى الاجتماعى الطبى يبرز أهمية مسلم بها وهى أن صحة المريض تتوقف بدرجة كبيرة على حالته الاجتماعية والنفسية الخاصة . فغالباً يركز الطبيب اهتماماته بالنواحى النفسية والاجتماعية كما تبدو من تصرفات المريض وسلوكه ، ومع ذلك فلا يمكن فصل كلا الجانبين عن بعضهما ولذلك فتعاون كل من الطبيب والأخصائى

تحكمها وحدة شخصية المريض وتكاملها فهو تعاون مطلق سواء فى المراحل الشخصية أو العلاجية أو فى فترات النقاهة .

٣- أن علاقة قسم الخدمة الاجتماعية الطبية فى المستشفيات بالبيئة الخارجية تختلف إلى حد كبير عن علاقة المؤسسات الاجتماعية الأخرى بالبيئة ويكون الأخصائى الاجتماعى هو المسئول عن كافة الاتصالات الخارجية وهو ما يطلق عليه أعمال العلاقات العامة بالمستشفى .

٤- نظراً لحداثة الخدمة الاجتماعية الطبية بالمستشفيات فإن عليها مسئولية التوعية بأهدافها ورسالتها لجميع المسئولين بالمستشفى وغيرهم . كما أن عليها أن تحقق إنجازات ملموسة وفوائد علمية يلمسها المرضى كما يحسها القائمون بالعمل فى المستشفى ، وأن الجهود الاجتماعية التى يبذلها الأخصائى الاجتماعى للمريض حتى يشفى وما يقوم به من عمليات تكيف إجتماعى أو مساعدة اقتصادية وغيرها تمكن المريض من مواجهة لمشكلات مرضه وما سببته من آثار اجتماعية واقتصادية لكى تمنع انتكاس حالته وكلها من أهم الوسائل التى تساعد على التعريف بالخدمة الاجتماعية الطبية بالمؤسسات الطبية .

٥- أن المؤسسة الطبية يتميز بدرجة عالية من التخصص الدقيق . فلم يعد الطب قاصراً على الطب الباطنى وطب العيون وطب الجراحة . إلخ بل أصبحنا اليوم نجد تخصصات أكثر دقة وأكثر تخصصاً فانقسم الطب الباطنى إلى أمراض القلب وأمراض الصدر والحميات والمسالك البولية ، والسكر ...إلخ

٦- تعتبر نفقات العلاج الطبى باهظة التكاليف وخاصة إذا ما استدعى الأمر الإقامة بالمستشفى لفترة زمنية طويلة أو إجراء عملية جراحية. ومن هنا فإن الأخصائى الاجتماعى الطبى يحاول بأساليبه المهنية مواجهة الظروف وتذليل الصعوبات التى تعترض استفادة المريض من كل أساليب العلاج المقررة لحالته وذلك بالالتجاء إلى المصادر والخدمات المتوفرة داخل المستشفى أو خارجها وتوجيه المريض للاستفادة منها بما يكفل له سد الحاجة ومواجهة الظروف المختلفة . بالإضافة إلى دورة فى محاولة استثمار الطاقات البشرية المحيطة بالمريض لصالح المرضى ولفائدة الأسرة.

(أ) الاعتبارات التى تستوجب وجود إدارة الخدمة الاجتماعية الطبية

هناك مجموعة من الاعتبارات التى تجعل هناك ضرورة فى الوقت الحاضر للاستعانة بقسم الخدمة الاجتماعية الطبية فى المؤسسة الطبية ، وأهم هذه الاعتبارات :[٤]

أ) المؤسسة الطبية لها نظم خاصة بقبول المرضى وتمتعهم ببعض الامتيازات الخاصة بالعلاج والدواء وقسم الخدمة الاجتماعية الطبية يمكن أن يلعب دوراً جوهرياً فى ذلك .

ب) المفهوم الكلى الحديث للمريض جعل هناك تخصصات جديدة تساهم فى العملية العلاجية كأخصائى العلاج الطبيعى – وأخصائى العلاج بالعمل – وأخصائى التغذية وكذلك الأخصائى الإجتماعى الطبى عكس ما كان يتبع فى نظام العلاج الذى كان يقتصر على علاج الطبيب .

ج) جو المستشفى وما يتم به من رهبة وغرابة يستلزم وجود أشخاص متخصصين فى جعل المريض أكثر استقراراً من الوجهة النفسية وتبصير المريض بخدمات المؤسسة التى يمكن تقديمها إليه .

د) طبيعة العمل بالمستشفى تجعل اهتمامات الأطباء منصبة على تشخيص وعلاج المرضى وبالتالى لا يجد الطبيب لديه متسع من الوقت لشرح المرض والعلاج هنا يبرز دور قسم الخدمات الاجتماعية الطبية .

هـ) الفراغ الذى يشعر به المريض خلال تواجده فى القسم الداخلى وخاصة لفترات طويلة مما يستلزم تنظيم برامج خاصة لهم وهنا يبرز دور قسم الخدمة الاجتماعية الطبية .

ثالثاً : الأسس والاعتبارات التى يجب أن تراعى فى قسم الخدمة الاجتماعية بالمؤسسة الطبية :

توجد مجموعة من الأسس والاعتبارات التى يجب أن تراعى فى طبيعة عمل نسق الخدمة الاجتماعية الطبية ، يمكن أن نوجزها فى التالى:(٥)

١) تصطبغ طبيعة عمل قسم الخدمة الاجتماعية الطبية بطبيعة عمل المؤسسة الطبية وإمكانياتها ، ففى المؤسسات الطبية التى تأخذ بنظام التخصص الدقيق فى أقسامها الطبية ، فإنها أيضاً تأخذ بنظام التخصص مع قسم الخدمة الاجتماعية الطبية فنجد أن لكل قسم من الأقسام الطبية أخصائى اجتماعى متخصص يتولى رعاية مرضى هذا القيم دون غيرهم . وفى نفس الوقت ، يوجد قسم للخدمة الاجتماعية

بالمؤسسة ، يضم جميع الأخصائيين الاجتماعيين ، تحت قيادة رئيس مسئول لهذا القسم .

فى حين نجد فى مؤسسات طبية أخرى ، لا تأخذ بنظام التخصص الدقيق فى أقسامها الطبية وذلك لعدة اعتبارات من أهمها :

١-أن طبيعة العلاج بالمؤسسة تتصف بالعمومية ، أو لعدم كفاية الميزانية بوجه عام ، أو المخصصة لنسق الخدمة الاجتماعية ، أو لصغر حجمها . وفى مثل هذه الحالة ، يقوم الأخصائى الاجتماعى بتقديم خدماته لمرضى جميع الأقسام بالمؤسسة الطبية .

وأياً كان النظام الذى تنتهجه المؤسسة الطبية – تخصص أو عام– فإن عمل قسم الخدمة الاجتماعية الطبية هو جزء متمم لعملية العلاج الطبى .

٢) بالتبعية ، فإن قسم الخدمة الاجتماعية الطبية يعتبر نسق من الأنساق ، أو قسم من الأقسام الطبية تابع لإدارتها ، ويخضع لإشرافها .

٣) يجب أن تكون ميزانية قسم الخدمة الاجتماعية ، جزءاً من ميزانية المؤسسة الطبية ، وتتولى حساباته إدارة المؤسسة .

٤) أن يسعى قسم الخدمة الاجتماعية الطبية إلى تحقيق مزيد من الاعتراف بالخدمة الاجتماعية فى الوسط الطبى ويمكن أن يحقق ذلك بأساليب متعددة أهمها :

- أن تشكل لجنة استشارية لقسم الخدمة الاجتماعية الطبية تضم بعض أطباء المؤسسة ، الإداريين ، بجانب الأخصائيين الاجتماعيين ، وذلك للانتفاع بخبرة هذه التخصصات . وتجميع هذه اللجنة فى فترات

منتظمة لتنافس التقارير الخاصة بسير العمل الاجتماعى الطبى ، ولتذليل ما قد يصادف من صعوبات .

- أن يمثل قسم الخدمة الاجتماعية الطبية عن طريق رئيسة بمجلس إدارة المؤسسة ، وأيضا اللجان الإدارية والفنية بالمؤسسة ، وذلك لتوصيل رأى القسم من خلال هذه اللجان .

٥- لما كانت طبيعة شخصية المريض وحدة نفسية جسمية اجتماعية متكاملة ، ويتطلب علاجه جهود عمل الفريق .

كان من الضرورى إدماج قسم الخدمة الاجتماعية مع باقى أقسام ووحدات المؤسسة الطبية . وتجنب كل ما يؤدى إلى عزلة عن الأقسام الأخرى أو البيئة المحيطة بالمؤسسة .

٦- أفضل أسلوب ينتقى به قسم الخدمة الاجتماعية الطبية بالمؤسسة عملائه ، هو أسلوب تحويل الحالات من قبل الأطباء المعالجين .

٧- إن جهود قسم الخدمة الاجتماعية الطبية ، ينظر إليها كجهود استثمارية أكثر منها جهود استهلاكية ويتضح ذلك من التالى :-

(أ) أن هذه الجهود تساعد على تحقيق أقصى استفادة للمريض من الخدمات العلاجية ، وبالتالى سرعة الشفاء ، ومغادرة المؤسسة الطبية .

(ب) تساعد هذه الجهود على تتبع حالات المرضى المتقطعين عن العلاج ، أو غير المنتظمين فيه ، مما يساعد على تحقيق رسالة المؤسسة الطبية .

(ج) تعمل هذه الجهود على زيادة طاقة المؤسسة الطبية ، بتوفير الظروف الأسرية التى تكمن أكبر عدد من المرضى فى تحقيق علاجهم فى المنزل تحت رعاية المؤسسة الطبية .

(د) المؤسسة الطبية بحكم وظيفتها ، هى المكان التى تخرج منه المعوقين بعد علاجهم ، وهى الاتصال المبكر بهم عن طريق نسق الخدمة الاجتماعية الطبية لتوجيههم الوجهة التأهيلية المناسبة ، ليصبحوا أفراد منتجين بدلاً من أن يكونوا عبئا على أسرهم .

٨- يعمل قسم الخدمة الاجتماعية بالمؤسسة الطبية على إيجاد الترابط بين الأقسام الداخلية للمؤسسة من جانب وبين المؤسسة والبيئة الخارجية ، ممثلة فى هيئاتها ومواردها الطبية ، والاجتماعية ، والترويحية ، والاقتصادية وغيرها من جانب آخر .

٩- قسم الخدمة الاجتماعية الطبية ، يشترك مع بقية عناصر العلاج الطبى فى استنادها على مبدأ الفردية ، والذى يعنى أن المريض وإن كان يشترك مع غيره فى الإصابة بمرض معين ، إلا أن الظروف المرضية الفردية ، تختلف من مريض لآخر ، باختلاف المكونات الذاتية والبيئية لكل حالة وأسلوب تفاعل هذه المكونات .

١٠- إن العلاقة المهنية تلَعب دوراً رئيسياً فى نجاح عمل قسم الخدمة الاجتماعية الطبية . فهى السبيل إلى فهم المريض والاحاطة بظروفه ومشكلاته ، وملابسات مرضه وهى أداه – أساسية للعلاج، وخاصة فى حالات بعض المضطربين وجدانيا . والعلاقة المهنية فى ميدان الخدمة الاجتماعية تعتبر الوسيلة الأساسية التى عن طريقها

يمكن مساعدة المريض على اختيار الحلول الملائمة ، وإتباع السلوك المناسب الذى يتفق وخدمة العلاج الطبى الاجتماعى.

١١- تعتبر سرية المعلومات الخاصة بحالة المريض فى المجال الطبى، سرية جماعية ، حيث أن علاجه يتم عن طريق عمل الفريق وبذلك يمكن لأفراد الفريق العلاجى الإطلاع عليها دون سواهم وتبادل الرأى فيها ، وكذلك تبادل ما لديهم من معلومات وحقائق عن الحالة .

١٢- التسجيل المهنى أمر حيوى لتتبع جهود قسم الخدمة الاجتماعية الطبية فى عمله مع المرضى ، لذلك يجب أن يكون هناك اهتمام بهذا التسجيل ، ويكون هناك تنظيم دقيق لحفظ المعلومات والسجلات .

١٣- يلزم أن نحدد لجميع المحتكمين بقسم الخدمة الاجتماعية الطبية مسئولية هذا القسم قبل المؤسسة ، حتى لا يسند إليه كما جرت العادة فى بعض المؤسسات الطبية أعمال فى غير اختصاص الخدمة الاجتماعية بوجه عام ، وفى المجال الطبى بوجه خاص .

رابعاً: مكونات التنظيم المؤسسى للخدمة الاجتماعية بالمؤسسة الطبية:(٦)

تفرض الضروريات الوظيفية بوجود قسم للخدمة الاجتماعية بالمؤسسة الطبية وجود مكون تنظيمى يتضح من خلال النقاط التالية :-

١- تحديد مسئولية القسم بشكل واضح وتوزيع مسئولية كل عضو من أعضائه الفنيين وذلك راجع إلى أن طبيعة عمل قسم الخدمة الاجتماعية الطبية تجعله يحتك ويتفاعل مع عدد من المتخصصين

ممن يشاركون فى رعاية المريض ، ولذلك ينبغى تحديـد الصـلة أو المسئولية تحديداً واضحاً .

٢- يجب وضع هيكل إدارى لقسم الخدمة الاجتماعية الطبيـة علـى أن يوضع على رأس هذا الهيكل اخصائى اجتماعى ، ويشترط أن يكون أقدم زملائه ، حتى يكون أكثرهم خبره وأن يكون تمرس على أعمال النسق مدة كافية ، وتدرج فى وظائفه المختلفة ، كما يفضل أن يكون قد حصل على دورات تدريبية مناسبة ، تؤهله لمنصب رئاسة النسق.

٣- رئيس قسم الخدمة الاجتماعية الطبية ، يعتبر المسئول الأول عـن سير أعمال النسق ، فهو الذى يقوم بتوزيع الأعمال والمسئوليات على الأخصائيين الاجتماعيين التابعين له ، والتنسيق بينهم ، كمـا يـنظم ويوزع الأعمال والمسئوليات على أفراد السكرتارية التابعين له أيضا والتى تتولى الأعمال الكتابية ، وحفظ البطاقات والملفات ، وتحريـر الخطابات المتبادلة ، كما أنه يشرف على عمال الخـدمات التـابعين للقسم لحسن سير العمل .

٤- بالنسبة لأسلوب تقسيم العمل بين الأخصائيين الاجتماعيين فى قسـم الخدمة الاجتماعية الطبية فإن أسلوب العمـل يأخـذ أحـد الشـكلين التاليين:-

- إما أن يسند عدد معين من الحالات لكل اخصائى اجتمـاعى ، ليكـون مسئولا عنها مسئولية كاملة من جميع الوجـوه (اسـتقبال ، بحـث " دراسة " ، تشخيص ، مساهمة فى علاج ، تتبع) ولا يشترط فى هذه الحالة أن يكون كل الحالات المسئول عنها من قسم واحد .

- وإما أن يعهد للاخصائى الاجتماعى مسئولية العمل مع مرضى قسم أو أكثر من أقسام المؤسسة الطبية ، ليقوم برعايتهم وتقديم الخدمات إليهم .

٥- من الصعب تحديد عدد معين من حالات المرضى التى يمكن للاخصائى الاجتماعى رعايتها ، وتقديم خدماته إليها وذلك راجع إلى كثير من الاعتبارات من أهمها : تخصص المؤسسة الطبية ذاتها ، مستوى ونوع الخدمة الاجتماعية التى تقدمها المؤسسة الطبية ، ميزانية المؤسسة الطبية ونصيب قسم الخدمة الاجتماعية منها ، عدد الأخصائيين الاجتماعيين بقسم الخدمة الاجتماعية الطبية ، خبرة الأخصائيين الاجتماعيين ومهارتهم ، اتساع البيئة التى تخدمها المؤسسة الطبية ، الموارد الاجتماعية المتاحة بالبيئة .

٦- يجب أن يحتل قسم الخدمة الاجتماعية الطبية موقع مناسب حتى يسهل الاتصال به ، سواء من المرضى أو الأطباء ، كما يجب أن يكون متسعا بالقدر الذى يستوعب فيه جميع أعضاء القسم ، مع توفير مكان لانتظار الحالات (غرفة للمقابلات المهنية) ، وغرفة للموظفين الإداريين ، مع تزويده بالأثاث والأدوات التى تيسر حفظ الملفات والسجلات من جانب ، وتيسر لأعضاء القسم القيام بأعمالهم من جانب آخر.

٧- بصورة عامة ، يمكن أن يتضمن تنظيم قسم الخدمة الاجتماعية الطبية ويشترك مع إدارة المؤسسة الطبية فيما يلى :

(أ) وضع نظام العمل بالقسم ، واعتماده من جهة الإشراف عليه .

(ب) الإسهام في إعداد الميزانية السنوية للنسق .

(ج) يعمل على توفير الإمكانيات وسبل الإشراف ، التي تهيئ مستوى ملائم للخدمة من جانب ، والعمل فيه (سير العمل) من جانب آخر .

(د) إجراء البحوث ، والدورات التدريبية ، والتي من شأنها رفع كفاءة أعضاء النسق .

(ه) تقديم الخبرة ، والمعرفة الفنية ، والمشورة ، لجميع الجهات ، والهيئات، والأفراد المهنيين بالمجتمع لزيادة خبراتهم بأمور الخدمة الاجتماعية الطبية .

(و) ولذلك فإن الاخصائي الاجتماعي الطبي ، لا يستعان به في المؤسسات الطبية (المستشفيات) فقط ، حيث التنظيم يسير على النحو المتقدم ، بل يستعان به أيضا في الإدارة الصحية " تفاتيش الصحة التي يختلف عدد العاملين بها من الاخصائيين الاجتماعيين الطبيين باختلاف برامجها الصحية والاجتماعية وحجم خدماتها ، وبصورة عامة ، يقتضي الأمر أن يوجد على الأقل أخصائي اجتماعي طبي ، وأن يكون لكل إدارة صحية خبير اجتماعي طبي وهذا الوضع لم تصل إليه بعد في جمهورية مصر العربية .

وعادة يقوم الأخصائي الطبي بالإدارات الصحية . كحلقة اتصال بين العمل الصحي الوقائي ، وبين القائمين على شئون الرعاية الطبية والعلاج .

٨) التخصص المهني بصورة عامة في كافة المهن ، يسير من العمومية إلى التخصص ، ولا تختلف المؤسسة الطبية عن هذه القاعدة ، فلم

يعد العلاج الطبى كما كان فى الماضى عاماً ، أو مقسماً لبضع تخصصات فقط كالتخصص الجراحى ، والباطنى ، والرمدى ، بل ساير التخصص التقدم العلمى والتكنولوجى ، فأنشئت تخصصات دقيقة داخل التخصص الجراحى مثلاً ، كجراحة المخ ، والأعصاب، والصدر والمسالك البولية ، والقلب وغيرها . فكان لزماً أن ينشأ مثل هذا التخصص المهنى فى مجال الخدمة الاجتماعية الطبية أيضاً ، وإن لم يكن نفس المستوى الدقيق الذى عليه المجال الطبى . ومن أمثلة الخدمة الاجتماعية المتخصصة : الخدمة الاجتماعية الرمدية ، والخدمة الاجتماعية الطبية لمرضى الدرن ، والخدمة الاجتماعية الطبية لجراحة العظام ، والخدمة الاجتماعية الطبية لمرضى العقول ، وغيرها من التخصصات الأخرى .

خامساً : علاقة الخدمة الاجتماعية الطبية بأعضاء الفريق العلاجى :

- لا تقف علاقة الخدمة الاجتماعية الطبية عند حد العلاقة مع المريض بل تتعدى ذلك إلى العلاقة بأعضاء الفريق العلاجى وخاصة الطبيب والممرضة -- وخاصة أن الأطباء ظللوا طوال السنوات يمثلون الطرف الوحيد الذى يلتجأ إليهم المريض لحل مشكلاته ، بالإضافة إلى أن الخدمة الاجتماعية الطبية كمهنة حديثة يعتبر حجر الزاوية فى نجاحها اعتراف الأطباء بأهمية الخدمة الاجتماعية وقدرتها على معاونة المرضى وتقديم العون لهم .
- كما أن المفهوم الكلى للإنسان الذى يقوم على ضرورة النظرية الكلية للإنسان كجسم ونفس وبيئة أدت إلى ضرورة اشتراك أكثر من تخصص واحد فى العملية العلاجية بحيث تتصور هذه التخصصات

فى وحدة واحدة تنتهى باتخاذ قرارات موحدة بشأن هذه الموضوعات التى يتفق عليها الجميع . وهذا ما يطلق عليه العمل الفريقى والذى يتم داخل المؤسسة العلاجية بين الطبيب والأخصائى الاجتماعى وهيئة التمريض وغيرهم من التخصصات الأخرى التى تدخل فى العملية العلاجية .

- وأهمية العمل الفريقى أنه يضم فريق متنوع من حيث التخصصات وبالتالى يعمل كل عضو من الفريق من خلال إطار مرجعى للمعلومات يختلف عن الآخر ، لكن بلقاء أعضاء الفريق فى صورة لقاء مشترك لمناقشة حالة المرضى أو حالة مريض معين ورسم أفضل الخطط للتعامل معه حيث يحيط الطبيب أعضاء الفريق علماً بحقيقة المرضى وخطة العلاج ، ويدلى الأخصائى الاجتماعى بصورة عن حياة المريض وظروف البيئة الاجتماعية وتأثيرها وما بها من عوامل معوقة للعلاج كما تساهم هيئة التمريض فى المشاركة بالرأى فى تنفيذ خطة العلاج وأحياناً ملاحظة سلوك المرضى .
- **ولذلك فإن العمل الفريقى يسير على أسس رئيسية هى : (٧)**

- إدراك كل عضو من أعضاء الفريق لوظيفته وتخصصه إدراكاً واضحاً .
- احترام كل عضو لعمل وتخصص كل من الأعضاء الآخرين .
- إدراك كل عضو لكيفية الاستفادة من الأعضاء الآخرين .
- إتاحة الفرصة لكل عضو لإبداء رأيه وتوضيح دوره فى كل حالة فردية .

- أن تسود بين أعضاء الفريق تعاون وتفاهم وثقة مبنية على الاحترام المتبادل .

أ) علاقة الأخصائى الاجتماعى بالطبيب : [٨]

من البديهى أن تشخيص المرض وعلاجه ، والوقاية منه يتطلب مهارات متعددة ، وإمكانيات واسعة ، ولا تشغل الخدمة الاجتماعية الا حيزاً ضئيلاً فى هذا الكل ، وغالباً ما ينظر إليها على أنها ثانوية بالنسبة للهدف الأصلى للتنظيم الطبى .

وقد يرجع السبب فى صغر الحيز الذى تشغله الخدمة الاجتماعية الطبية فى المجال الطبى إلى عدة أمور منها: اتساع وعمق المجال الطبى وعراقته ، الأمر الذى يحجب صورة الخدمة الاجتماعية إلى حد ما . ومنها أن الخلفية المهنية للطبيب تختلف مع الخلفية المهنية للأخصائى الاجتماعى ، فمعظم الدراسات الطبية تعكس المنهج العلمى الصارم وتؤكد الاعتماد على المعطيات العلمية الموضوعية كنتائج التحاليل الطبية وفحوص الأشعة وما أشبه ذلك . ولا تلقى اهتماماً كبيراً بالنواحى الاجتماعية والنفسية للمريض . ومنها أن برامج التدريب للأطباء تركز على النواحى الاكلينيكية ، والتى تتضمن قد يشترك فيها الطبيب مع أخصائى العلاج الطبيعى أو الممرضة ، ولا تضمن عناصر مشتركة مع الأخصائيين الاجتماعيين كفن المقابلة ، والعلاقات العامة ، وإن كانت بعض كليات الطب تهتم بتدريس النواحى الإنسانية حالياً ، ومنها أن الأخصائى الاجتماعى جاء إلي المجال الطبى متأخراً ولا يعتبر مشاركاً فى التقاليد المتوارثة فى هذا المجال ومنها الصراعات الظاهرة والكامنة المتوارثة فى علاقة الزمالة بين الأخصائيين الاجتماعيين والأطباء . ومما

يوسع من هذه الهوة فى مصر والبلاد العربية أن الأطباء يتحدثون بلغة أجنبية ، ومعظم المصطلحات التى يتداولونها غربية عن الأخصائيين الاجتماعيين الأمر الذى يهدد جو الاتصال بين الخدمة الاجتماعية والمجال الطبى بصفة عامة .

وربما كانت مناقشة هذه الأمور وغيرها ، بصراحة ووضوح ، هو المدخل الحقيقى للبحث عن لغة مشتركة تمهد للرسوخ فى المجال الطبى . وقبل هذا ، وأهم من هذا وضوح وتميز خدمات الأخصائى الاجتماعى للمرضى ، واشتراكه الفعلى مع الأطباء ، والهيئة الطبية ، وبمعلومات عن الظروف الاجتماعية للمرضى كعائق فى العلاج أو عائق أمام الطبيب فى تشخيص المرضى . وبالطبع ليست كل هذه المعوقات قائمة متجمعة فى نفس الوقت . فكثير من الأطباء تلقوا دراسات إنسانية ومنهم من يقدرون الجوانب الاجتماعية فى المرضى تقديراً ملائماً .

شخصية الطبيب وأثرها على هذه العلاقة :(٩)

من ناحية الطبيب ، هناك أثر الصورة المهنية التى يكونها الطبيب لنفسه ، وفكرته هو عن نفسه التى تتأثر بسنوات الدراسة والجهد الذى بذله. والمال الذى أنفقه فى سبيل تحصيل المعرفة : وفى سبيل الحصول على الدرجة العلمية والخبرة اللازمة لممارسة المهنة.

كما أن معظم الدراسات الطبية ، تعكس المنهج العلمى وتؤكده بالاعتماد على المعطيات الموضوعية العلوية ، كفحص الأشعة ، والتحاليل الطبية .. إلخ وإن كانت معظم كليات الطب أصبحت تضمن مناهجها الدراسية موضوعات تؤكد أهمية وآثار الظروف البيئية والنفسية فى المريض . بمعنى أن الأطباء أصبحوا يتعلموا أن الطب لا يعالج

الأمراض، بل يعالج المرضى بمعنى آخر أصبحوا يتعلمون أن علاج المرضى يتحقق من خلال الإنسان .

بعض الأطباء الذى يقابلهم الأخصائى الاجتماعى ، قد درسوا النواحى الإنسانية ومستعدون أن يتعاونوا فى التخطيط للنواحى الاجتماعية. والبعض الآخر وبطريقة طبيعية ، ينظرون باهتمام إلى العوامل الاجتماعية وأثرها فى مرضاهم . وهناك بالطبع آخرون يركزون أساساً على النواحى الفيزيقية ، ولا يحفلون بالنواحى الاجتماعية . وفى هذه الحالة الأخيرة يتعين على الأخصائى الاجتماعية أن يبذل الكثير من الجهد لإقناع الأطباء بالتعاون مع الخدمة الاجتماعية ، لصالح المريض.

وبغض النظر عن عقيلة الطبيب أو مدى تقديره للعوامل الاجتماعية، فينبغى أن نأخذ فى الاعتبار أن الأطباء شأنهم شأن الأخصائيين الاجتماعيين من حيث أن هناك تفاوتا فى شخصياتهم وليسوا جميعا سواء من حيث تقدير أو عدم تقدير الظروف الاجتماعية للمرضى وعلى كل فإننا نجد أن بعض العلاقات بين الأطباء والأخصائيين الاجتماعيين تكون ملائمة والبعض الآخر لا ينطوى على تفاهم .

ومسئولية إيجاد قنوات للتفاهم مع مختلف الأطباء تقع بالطبع على الاخصائى الاجتماعى . ودائما ما يأتى الاستثمار الجيد للوقت والمهارة بنتائج مثمرة .

والأخصائى الاجتماعى المتمكن من الموضوعات الاجتماعية ستكون له أهمية الطبيب ولا ينبغى أن يشعر الاخصائى الاجتماعى بالتواضع أو المهانة بأن يذهب إلى الطبيب ليستشيره فى ناحية طبية .

مجالات للتعاون بين الطبيب والأخصائى الاجتماعى :

إذا كان على الاخصائى الاجتماعى أن يقدم خدمة اجتماعية ملائمة فلابد أن يعرف بصفة أساسية ، التشخيص الطبى والتوصيات الطبية وإجراءات الرعاية الطبية المترتبة على التقارير الطبية ، إذ قد يحتاج المريض إلى استيضاح بعض النقاط عن نتائج الفحوص الطبية ، والتوصية بالخدمات التى يحتاجها . وغالبا ما يدرس الاخصائى الاجتماعى هذه الأمور فى مراحل دراسية معينه لكن مثل هذه المعلومات لاتسمح للاخصائى الاجتماعى بمعرفة الخدمات التى تحتاج إليها كل حالة، ولا مدى الرعاية الطبية التى تلزم للمريض بناء على الحقائق التى يظهرها التشخيص ، واهتمام وتعاون المريض ، وعلاج المرض نفسه وهل الحالة تتقدم أو تتأخر وبالتالى تغير الاحتياج الطبى.

وكذلك التقارير الطبية الأولية قد تتغير بظهور معطيات أخرى فيترتب عليها بالضرورة تغير الخطة الاجتماعية المصممة للمريض . ومن المهم جدا أن يعرف الاخصائى الاجتماعى متى يخبر المريض وأسرته بحقيقة المرض وهنا يجب أن يكون على علم ودراية بنوايا الطبيب حيال هذه النقطة . ويجب أن يكون التفاهم واضحا جليا.

وللطبيب المعالج للحالة الرأى النهائى الحاسم فى اتخاذ القرارات التى يراها مناسبة للمريض ، فمن المعروف أن الطبيب بحكم تخصصة هو السلطة العلمية التى يمكنها التشخيص وإصدار التعليمات اللازمة بما يتناسب مع حالته .

وقد يختلف الأطباء فى تعاملهم مع أعضاء الفريق أنفسهم بل قد يختلف إيمانهم بقيمة هذا التعاون وإدراك الدور الذى يقوم به الآخرون

وخاصة دور الاخصائى الاجتماعى ومن جهة أخرى يجب أن يكون الاخصائى الاجتماعى الطبى مع باقى الفريق قادرين لى التعاون بإخلاص تحت إدارة الطبيب وفى تنفيذ الخطة التى رسمها فى إطار العلاقات المشتركة فمن أجل وضع خطة متكاملة للمريض فإن الأخصائى يشرك الطبيب فى التفكير والتخطيط المهنى لصالح المريض ، فالطبيب حقيقة فى حاجة للأخصائى الاجتماعى لإعطاء صورة عن أحوال المريض الاجتماعية ومستواه الاقتصادى والثقافى وظروفه الأسرية وفى نفس الوقت فإن الاخصائى أقدر الناس على جعل المريض يتقبل بارتياح خطة العلاج الطبى بالإضافة الى تتبع تنفيذ هذه الخطة حتى يشفى المريض .

والأخصائى فى حاجة ماسة من جانب آخر للطبيب فيتصل به لتحديد أنواع المساعدات التى يحتاجها العميل وليستعين الاخصائى به فى فهم كل ما يصعب عليه فهمه من ألوان المعرفة الطبية التى توضح الموقف المرضى بشيء من الدقة .

فإذا كان الطبيب يركز اهتمامه على صحة المريض ونوع المرض وإذا كان الاخصائى يركز على النواحى النفسية والاجتماعية ، فهناك حقيقة يجب أن نذكرها وهى أن هذا الفصل فصل مصطنع لا يجوز قبوله حيث لا يمكن فصل هذين الجانبين عن بعضهما تماما ، ومن ثم فتعاون كل من الطبيب والاخصائى واجب ضرورى تحتمه وحدة شخصية المريض وتكاملها فهو تعاون مطلق سواء فى المراحل التشخيصية أو العلاجية أو فترات النقاهة .

ب- علاقة الأخصائى الاجتماعى الطبى بالممرضة :

للممرضات صلة وثيقة بعمل الأخصائى الاجتماعى الطبى وهى صلة بالغة الأهمية . وفى الحقيقة أن هذه الصلة متوقفة على صلة الأخصائى بالطبيب فإذا كانت الصلة بين الاثنين تعاونية قوية ويعترف الطبيب بأهمية مساعدة وعمل الأخصائى فإن الأخصائى لا يجد صعوبة فى الاستفادة من بقية أعضاء الفريق العلاجى ومنهم الممرضات والتعاون معهم بصورة فعالة وترجع أهمية الصلة بين الأخصائى والممرضة بسبب صلتها بالمرضى وبحكم احتكاكها المستمر بهم والفرصة المتاحة لها لملاحظتهم ، والمساهمة فى زيادة معرفة أعضاء الفريق بالمريض ، وأيضاً اسهاماً فى تنفيذ خطط العلاج ويمكنها ملاحظة استجابات المريض بالنسبة لهذه الخطط .

العلاقة بين المريض والممرضة :

التعليم المهنى للتمريض يؤهل خريجات مدارس التمريض للعمل فى علاقة مع المرضى بطريقة تختلف عن العلاقة بين لأخصائى الاجتماعى والمريض . وإذا كان الأخصائى الاجتماعى يعرف دور الممرضة وعلاقتها بالمرضى وطبيعة مسئوليتها وطريقتها فى تحقيق ذلك ، فإن هذه المعلومات سوف تقوى الروابط المهنية بينهما . والحكيمات لهن مؤهلات محددة ، معظمهن يتمتع بمهارة فى الملاحظة ملاحظة الأعراض الصحية وتصرفات المريض . ولديهم معلومات كثيرة عن التشريح وعلم وظائف الأعضاء ومعلومات عن الأمراض ووسائل العلاج ، تشمل :

الرعاية التمريضية الصحية ، والتغذية والولادة ورعاية الطفل المولود كما أن أعمالهم تتم تحت إشراف تمريضى وتوجيهات طبية ،

وهذه التوجيهات الطبية فضلاً عن تخصص الممرضة يساعد على مساعدة المريض وأسرته فى فهم وتنفيذ العلاج الموصوف بطريقة لا يستطيع أن يحصل عليها الأخصائي الاجتماعي . والأسرة من هذه الناحية تتقبل الممرضة كشخص متمكن ليلعب هذا الدور . وهناك بعض المميزات الخاصة فى الخدمات التى تقدمها الممرضة كالتى يقدمها الأخصائى الاجتماعى ، فكلاهما يزور المنزل بغرض المساعدة ، وطريقتها لهذه المساعدة هى ارتباط عضوى أو علاقة عضوية بالمريض الذى يكون فى حاجة لعمليات التمريض . ومهارتها فى عملها تكون واضحة عند المريض وبالتالى فتفاعلها فى هذه الرعاية يكون ظاهراً أو واضحاً واضح أن الممرضة تهتم بالتمريض فقط ولا تهتم بمسائل ميزانية الأسرة وعلاقة المريض مع عائلته وعمله .. إلخ وممكن أن تتكلم مع المريض فى موضوعات عامة لأنها تجلس إلى جانبه أكثر . كما يكون الطبيب ممثلاً للأب بالنسبة للمريض فإن الممرضة تكون كالأم .

التعاون بين الممرضة والأخصائى الاجتماعى :

خلال زيارة الممرضة للمنزل يكون لديها فرصة فريدة من نوعها أن تشاهد أفراد الأسرة مجتمعين ، وتلاحظ كيف يتفاعلون مع بعضهم البعض وعلى ذلك فهي تستطيع أن تحصل على صورة دقيقة لما يحدث في البيئة ، هذه من الممكن أن تتطور إلى خطة مشتركة عندما تشترك مع الأخصائي الاجتماعى ، فهى تثرى أفكار الأخصائى الاجتماعى عن الأسرة ، وأنه أنسب أن تشرح الممرضة وتفسر التشخيص والتوصيات الطبية للمريض عن أن يقوم الأخصائى الاجتماعى بذلك . وأن طبيعة استمرار الرعاية الطبية فى المنزل بمعرفة الممرضة يجعل منها الشخص

المنطقى فى نظر العائلة لمناقشة بعض المسائل . وعلى هذا فعلى مؤسسات الرعاية الصحية أن تعلم من الممرضة متى يساهم الأخصائى الاجتماعى حتى لا يكون هناك ازدواجاً فى الخدمات المقدمة وبالتالى تحافظ على وقت الأخصائى الاجتماعى وأيضاً لمنع اختلاف الرأى ووجهات النظر بين الممرضة والأخصائى الاجتماعى .

وأن تطور التعاون المثمر بين الممرضات والأخصائية الاجتماعية يفتح قنوات مفيدة لخدمة المرضى .

وعندما تساهم الممرضة بمعلوماتها مع الأخصائى الاجتماعى يمكنهم أن يتعاونا كلاهما فى وضع برنامج رعاية كاملة للعائلة . وفى الحقيقية أن الأخصائى الاجتماعى لديه معلومات وخدمات تمتد حتى بعد نهاية الرعاية الطبية .

ج- علاقة الأخصائى الاجتماعى بإدارة المستشفى :

أن مدى علاقة الأخصائى الاجتماعى الطبى بإدارة المستشفى التى يعمل بها يتوقف عليها مدى النجاح الذى يمكن أن يحققه فى أداء عمله . فإذا كانت الإدارة معترفة بعمله وفنه ومهارته فإنها تتيح له الإمكانيات والتسهيلات التى يمكنه أن يتحرك فى مجالها لأداء عمله . وفى الوقت نفسه فإن الأخصائى الاجتماعى فى أثناء عمله يمكنه أن يؤدى وينجز كثيراً من الأعمال الإدارية حيث كثير من المرضى لهم حاجات يستطيع الأخصائى الاجتماعى أن يحققها من خلال قيامه بالدور الإدارى . أى أنه يمكن أن تقدم الإدارة المساعدة للأخصائى وهو بالتالى يمكنه أن يقدم المساعدة للإدارة لصالح المرضى .

د- علاقة الأخصائى الاجتماعى الطبى بأقسام المستشفى الأخرى :

ومن أمثلة الأقسام التى يتعاون معهـا قسـم الخدمـة الاجتماعيـة بالمستشـفى أقسـام الأطـراف الصـناعية وصـناعة الأسـنان وقسـم التغذية .. إلخ ولابد أن تكون هذه العلاقة المتبادلة لصالح المرضـى ولا يتأتى ذلك إلا إذا ساد حسن التفاهم والعلاقات الطيبة بـين رؤسـاء هـذه الأقسام وموظفيها واجتمعوا بين آن وآخر للاتفاق على أسلوب سير العمل وطريقة تقديم خدماتهم للمرضى متعاونين مع قسم الخدمة الاجتماعية .

سادساً : صعوبات تعوق الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى : (١٠)

١- صعوبات راجعة للمرضى

(أ) صعوبات ترجع إلى أسباب شخصية عند المريض فمهمة الأخصائى الاجتماعى فى إقناع المريض أو حمله على التجاوب مع خطة العلاج قد تصادف مقاومة وصعوبة نتيجة شك المريض فى قيمة العـلاج ، فأحياناً يكون هناك جو ثقافى عام لا يثق كثيراً فى علاج المؤسسـات الطبية أو المستشفيات أو بارتباط بعض التجارب المؤلمة كوفاة بعض الحالات أو فشل علاجها داخل المستشفى أو أن بعض المرضى لديهم مخاوف مكبوتة من الصغر وقد يحتاجون إلى معونة نفسية قبل الإقدام على إجراء جراحة لهم وأحياناً جـو المستشـفى المجهـول يجعـل المريض يتردد فى قبول العلاج خشية سوء المعاملة أو سوء التغذيـة أو ما شابه ذلك . وقد يؤدى مجهود الأخصائى فى مثل هذه الحالات إلى اقتناع المريض وزيادة ثقته بنفسه وفى الخدمة التى ستؤدى له .

(ب) وجود صعوبات تتصل بأسرة المريض فقد تحتاج الأسرة إلى مساعدات مالية لعدم وجود إمكانيات لديها يمكن استغلالها فى فترة وجود المريض بالمستشفى وهناك بعض المرضى لديهم حساسية خاصة لهذا الظرف العائلى فتراهم يشعرون أحياناً بما يجعلهم لا يتقبلون أى معاونة مادية تمتد إلى أسرهم أو قد لا توجد المساعدات الكافية التى قد يستدعى الأمر تقديمها إلى المريض .

(ج) قد يصادف الأخصائى الاجتماعى الطبى صعوبات تتعلق بنوع المرض فهناك أمراض يعترض الناس من الجهر بها وأحياناً يتهربون من العلاج العلنى فى المستشفيات فى حين أن مثل هذا العلاج غير متاح فى غير المستشفى أو المؤسسة الطبية مثل الأمراض التناسلية وهناك الأمراض المعدية كالحميات فيلجأ للعلاج خارج المستشفى رغم خطورة ذلك عليه وعلى الصحة العامة ومن الحالات المرضية أيضاً الأمراض العقلية فإن كثير من اسر تتهيب من المستشفى ولا ترغب فى إدخال المريض فيها.

(د) صعوبات تتصل بقصور الخدمة الاجتماعية الطبية لحداثة وقلة الموارد الموجودة فى البيئة مما يؤثر على تحقيق الأخصائى الإجتماعى الطبى لرسالته لصالح مرضاه .

٢- صعوبات راجعة للمستشفى

(أ) لم يتوافر حتى الآن الجو أو المناخ الذى يعمل فيه الأخصائى مع الطبيب على مستوى الزمالة وتبادل الآراء المشاركة فى العمل فى بعض الحالات . ومازالت العلاقة تمثل سلطة من جانب الطبيب وباقى العاملين هيئات مساعدة .

(ب) صورة الخدمة الإجتماعية فى أذهان الأطباء والممرضات وغيرهم من العاملين فى المستشفى أنها لخدمة المحتاجين وأن الأخصائى شخص موجود فى المستشفى لمساعدة الفقراء ، شخص ذو قلب طبيب يرعى البؤساء .

(ج) بالإضافة إلى صورة الخدمة الإجتماعية المشوهة لدى الأطباء فإن بعضهم لا يؤمن بدور الأخصائى الإجتماعى مع المريض .

(د) لم تصل بعد فى المستشفى إلى تحقيق التعاون المطلوب كفريق للعمل حيث بعض الأطباء لا يعتقدون فى أهمية العوامل الإجتماعية والنفسية فى العلاج ويعتبرونها عوامل ثانوية ولا أهمية لها .. بل أن بعض الأطباء يرون أنهم أقدر على تفهم احتياجات المريض النفسية والاجتماعية من أى شخص آخر .

(هـ) لا يزال بعض المسئولين فى المستشفيات لم يعترفوا بخبرات ومهارات الأخصائى الاجتماعى الطبى فى المستشفى ويتشككون فى هذا الدور .

(و) ضغط العمل وخاصة بالنسبة للأطباء يحول دون عقد اجتماعات دورية لفريق العمل فى المستشفى ويوضح أثر الظروف الشخصية والبيئية فى الموقف المرضى ، وأيضاً الحصول على تفسير لموقف المريض الطبى وللوصول جميعاً إلى خطة علاجية متكاملة .

٣- صعوبات زاجعة لمهنة الخدمة الاجتماعية :

(أ) ميدان الخدمة الإجتماعية الطبية خالى من التشريعات واللوائح كما فى ميدان الأحداث الجانحين على سبيل المثال . بالإضافة إلى عدم

وجود نظرية يستند إليها الأخصائي في عمله وترجع كل الأعمال إلى الاجتهاد .

(ب) نوعية بعض الأخصائيين أنفسهم العاملين في المستشفيات الذين قد لا يوجد لديهم روح الحماس وبذل الجهد والكفاح لإيضاح دورهم مع المرضى للعاملين والمسئولين في المستشفيات واستسلموا للأمر الواقع وركنوا للتكاسل والانعزال عن باقي هيئات المستشفى .

(ج) تحول بعض الأخصائيين الإجتماعيين في المستشفيات إلى مانحي مساعدات للفقراء وتحويل بعض الحالات لمؤسسات الرعاية الاجتماعية وأصبحت صورتهم كما قيل عنهم وذلك بحثاً عن الراحة وعدم العناء .

(د) الأخصائي الاجتماعي العامل في المجال الطبي غير معد للعمل في هذا الميدان الذي يحتاج إلى معرفة وخبرة خاصة سبق أن تحدثنا عنها في حديثنا عن الإعداد المهني للأخصائي الإجتماعي الطبي .

٤- صعوبات راجعة لإمكانيات البيئة :

(أ) نقص خطير في عدد الأخصائيين الاجتماعيين ، رغم تعدد الأدوار المطلوبة منهم والوظائف الكثيرة المطلوب قيامهم بها . وفي الوقت نفسه تستقبل المستشفيات أعداد كبيرة من المرضى فيجد الأخصائي نفسه في موقف محير هل يتعامل مع بعض المرضى فقط حسب ما يسمح له وقته وجهده في حين يتجاهل آخرون محتاجين لخدماته ومشورته وتوجيهه ؟ أم يتعامل مع كل من يطلب مساعدته ويتنازل

عن التعامل الطويل والتعمق فى الحالات التى يتعامل معها ؟ وقد عرضت للعلاج القصير كحل لهذا الموقف .

(ب) نقص الإمكانيات المتاحة للأخصائى الاجتماعى فى المستشفيات لتقديم المساعدة إلى المرضى على المستوى الذى يأملونه وبالصورة التى تحقق الهدف من وجودهم فى المستشفى .

(ج) هناك مواقف تعوق الأخصائى الاجتماعى عن تحقيق مساعدته للمريض وفى نفس الوقت تعوق العميل عن استئناف حياته . ومنها عدم وجود دور للنقاهة وعدم الاهتمام بهذه الفترة الخطيرة التى يمر بها المريض ، وعدم توفير الإمكانيات لنقل العميل من عمل إلى آخر أو تقليل عدد ساعات عمله وعدم توفر نقل العميل وأسرته من مسكن إلى آخر يكون أنسب لظروفه الصحية ، وعدم توفر إمكانية إلحاق أحد أفراد أسرته للعمل لمساعدة المريض وباقى أفراد أسرته.

(د) لا يتوفر فى مستشفياتنا المكان المناسب لمزاولة الأخصائى الإجتماعى لعمله وخاصة فى الحالات الفردية حيث يفضل أن يكون المكان قريباً من عنابر المرضى والأقسام الداخلية حتى لا يعانى المريض مشقة فى الوصول إليه كما يجب أن يكون المكان متسعاً لاستيعاب كل من يعمل بأقسام الخدمة الاجتماعية كذا متطلبات العمل المهنى .

مراجع الفصل الثانى

١- إقبال مخلوف : الرعاية الاجتماعية فى المجال الطبى والتأهيل المهنى ، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية ، ١٩٨٢ ، ص ص : ١٢٩ – ١٣١ .

٢- عطيات عبد الحميد ناشد وآخرون : الرعاية الاجتماعية للمعوقين، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة ، ١٩٦٩، ص ص : ١١٤ – ١١٧.

٣- إقبال مخلوف : المرجع السابق : ص ١٣١ .

٤- أحمد على : علم الاجتماع الطبى ، الاسكندرية ، دار المعرفة الجامعية ، ١٩٨٣ ، ص ص : ١٦٥-١٦٦.

٥- إبراهيم المليجى : الرعاية الطبية ، الإسكندرية ، المكتب العلمى للطباعة والنشر ، ١٩٨٣ ، ص ص : ٥٩ – ٦٣ .

٦- راجع كل من :-

- إبراهيم المليجى : الممارسة المهنية فى المجال الطبى والتأهيلى ، الإسكندرية ، المكتب العلمى للكمبيوتر والنشر والتوزيع ، ١٩٩٦ .
- إقبال محمد بشير ، إقبال إبراهيم مخلوف : الرعاية الطبية ودور الخدمة الاجتماعية ، الإسكندرية ، المكتب الجامعى الحديث ، بدون سنة .

- محمود محمد محمود : الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى " أسس ومبادئ " ، مذكرات غير منشورة لطلاب كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة القاهرة ، فرع اليوم ، ١٩٩٥ ، ص ص ٢٨٧ - ٢٩٠ .

٧- Case work services in public Assistance medical care by Sarah Abutts. ١٩٧٧.

٨- إقبال بشير ، إقبال مخلوف : الرعاية الطبية والصحية ودور الخدمة الاجتماعية ، المكتب الجامعى الحديث ، الإسكندرية ، بدون ، ص ١٦٢ .

٩- إقبال مخلوف : مرجع سابق ، ص ١٤١ .

١٠- انظر :

- إقبال محمد بشير وآخرون : الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى والتأهيلى ، الإسكندرية ، المكتب الجامعى الحديث ، ١٩٨٠ .

عبد الحى محمود صالح : الممارسات المهنية فى المجال الطبى، الإسكندرية ، المكتب الجامعى الحديث ، ١٩٩٦ .

إبراهيم المليجى : الممارسة المهنية فى المجال الطبى والتأهيل، الإسكندرية ، المكتب العلمى للكمبيوتر والنشر والتوزيع ، ١٩٩٦ .



الفصل الثالث

الأخصائى الاجتماعى الطبى

الأخصائى الاجتماعى هو ذلك الشخص الذى يكون معداً إعـــداداً خاصاً فى الخدمة الاجتماعية بصفة عامة ثم فى ميدان من ميادينها بصفة خاصة والأخصائى الاجتماعى فى المجال الطبى يحتاج إلى هذا الإعـــداد الخاص حيث أنه يعمل فى المؤسسة الطبية بالتعاون مع الأطبـــاء وهيئـــة التمريض وغيرهم من أعضاء الفريق الطبى ، ويساهم فى الكشـــف عـــن الجوانب الاجتماعية والنفسية فى حياة المـــريض ، ويســـعى الأخصـــائى الاجتماعى بنفسه إلى المريض لدراسة نوع استجابته للمـــرض والـــدوافع المختلفة التى تتحكم فى سلوكه ، وقد يكون ذلك بناء على طلـــب يقضـــى بدراسة الحالة الاجتماعية والنفسية لبعض الفئات من المرضى ، أو نتيجة طلب المريض نفسه لمساعدة الأخصائى الاجتماعى لإدراكه بأهمية تأثير العوامل الاجتماعية والنفسية على حالته أو لحاجته لخدمات وجهود الخدمة الاجتماعية . (١)

فبناء على ذلك يمكن عرض الخطوط العريضة للصفات التى يجب أن تتوفر إلى أقصى حد ممكن فى الأخصائى الاجتماعى الطبى:(٢)

(١) قدرات جسمية وصحية مناسبة بالقدر الذى لا يثيـــر فـــى العمـــلاء أحاسيس الاشفاق أو الرثاء وأيضاً لتكون مناسبة لقيامهم بواجبـــاتهم فى عملهم .

(٢) اتزان انفعالى مع اتزان فى الشخصية يكسب صاحبه القـــدرة علـــى ضبط النفس والنضج الانفعالى الذى لا تشوبه نزعات اندفاع وعـــدم تحمل مسئولية .

(٣) اتزان عقلي مناسب ، يتضمن معارف ومعلومات عامة من العلوم المهنية المختلفة مع نسبة ذكاء مناسبة مع سرعة البديهة مع بعض القدرات الخاصة كالقدرات التعبيرية واللفظية .

(٤) قيم اجتماعية تتضمن سمات أخلاقية سوية ، والتحكم في نزعاته وأهوائه الخاصة وقادر على السيطرة على مشاكله الخاصة وفصلها جانباً حينما يتصدى لمساعدة الآخرين . ومن أبرز هذه القيم سعة الصدر وحب الناس ، والبعد عن السلوك الانتقادى أو التهكمى فى علاقته بالآخرين ، وحسن السمعة والتجارب مع متطلبات المجتمع ومشكلاته وأحداثه .

(٥) الأخصائى الاجتماعى الطبى يجب أن تتوافر فيه بالإضافة إلى الصفات السابقة الانتباه الكافى الذى يجعله يدرك وجهات نظر من يقومون على علاج المريض وأن يكون شجاعاً لا يخاف من المرض أو يرهب العدوى ولا يتأفف من القذارة أو المناظر غير المريحة ، وأن يدرك القيم المختلفة للحياة .

الإعداد المهنى للاخصائى الاجتماعى الطبى :

(أ) الإعداد النظرى :

يجب أن تتضمن دراسة طالب الخدمة الاجتماعية وخاصة فى المجال الطبى بعض المعارف والعلوم منها :

١- معلومات طبية مبسطة يجب أن يلم بها الاخصائى الاجتماعى الطبى ولا يعنى ذلك معرفة طبية عميقة ولكن بالقدر الذى يعلم معه أنواع الأمراض ومسبباتها وخصوصا تلك الأمراض التى يكثر الإصابة بها

وتتميز بطابع الخطورة والتى تستوجب العلاج بالعزل عن البيئة كما فى الدرن وفهم المصطلحات الطبية الشائعة فى الميدان الطبى ، على أن يلجأ للطبيب فى النواحى الطبية ولا يعتمد على معارفه فى كل المواقف .

٢- معرفة بالاحتياجات والخصائص النفسية للمرضى ، فعلم النفس الاجتماعى والطب النفسى ، والاجتماع تعتبر مصادر أساسية للاخصائيين الاجتماعيين الطبيين فى فهم معانى بعض الألوان السلوكية والأغراض النفسية عند المريض فى المراحل المرضية المختلفة والتى يجب أن يعاملها بالطريقة التى تقلل من آثارها السيئة على سير المرض .

٣- دراسة مستفيضة لأسس الخدمة الاجتماعية وطرقها ومجالاتها مع التركيز على الخدمة الاجتماعية الطبية .

٤- ثقافة واسعة بالمسائل التأهيلية والقانونية وغيرها التى تعين الاخصائى الاجتماعى الطبى فى عمله كالقوانين الخاصة بالتأهيل المهنى ، والتأمينات الاجتماعية ومعاشات العجز والإصابة ، وقوانين الضمان الاجتماعى والتى تساعده فى توجيه وتنبية المرضى للحصول على حقوقهم .

٥- أن يكون على علم ووعى بالمشكلات الناتجة عن المرض.

٦- الإلمام التام بالاحتياجات البشرية فى حاله المرض وأثناء العلاج .

٧- معرفة واسعة بالمصادر التى يمكن الاستعانة بها فى تكملة خدمات المستشفى كدور النقاهة ومؤسسات التأهيل المهنى والمؤسسات

الاجتماعية ومكاتب العمل لمساعدة المرضى للاستفادة من إمكانيات المجتمع فى أثناء المرض وما بعده .

ب- التدريب العملى :

التدريب العلمى على مستويات وأعمال الاخصائى الاجتماعى الطبى ويجب أن يهتم بهذا التدريب فى البرامج الموضوعة لإعداد الاخصائى الاجتماعى الطبى حيث الممارسة هى التى تصقل الاستعداد والإعداد النظرى . على أن يكون هناك أشراف فنى على مستوى عال فى الكفاءة والخبرة .

الأدوار الوظيفية للأخصائى الاجتماعى فى المجال الطبى :

ينقسم دور الأخصائى الاجتماعى فى المجال الطبى تبعاً لطرق الخدمة الاجتماعية وسنعرض لهذه الأدوار كما يلى :-

- دور الأخصائى الاجتماعى مع الحالات الفردية .
- دور الأخصائى الاجتماعى فى العمل مع الجماعات
- دور الأخصائى الاجتماعى فى تنظيم المجتمع (مجتمع المؤسسة الطبية) .
- دور الأخصائى الاجتماعى فى البحوث الاجتماعية .
- دور الأخصائى الاجتماعى فى الإدارة .

أولاً : دور الأخصائى مع الحالات الفردية : (٣)

إن الأخصائى الاجتماعى لا يتصدى لكل مشكلات المريض ولكنه يتعامل مع تلك المشكلات التى ترتبط ارتباطاً مباشراً بسبب طبيعة المريض وعلاجه أو ما نطلق عليه المكونات الاجتماعية للمرض .

كما أن الأخصائى الاجتماعى يجب أن نكون بؤرة اهتمامه ليست المرض فى حد ذاته ولكن شخصية المريض ومخاوفه واتجاهاته ومشاعره . وأن الخطوة الأولى فى خدمة الفرد الخاصة بتقديم المساعدة هى ، فهم المريض والمرض وماذا يعنى بالنسبة له ، وقدرته على التعامل مع الموقف الذى يجد نفسه فيه وما تأثيره على مشاعره وعلاقته الاجتماعية مع الآخرين .

ويفضل أن يعلم الأخصائى الطبى أن هناك علاقة هامة بين تفهم المريض لمرضه وتقبل الظروف الجديدة التى يفرضها المرض عليه فإذا استطعنا معاونة المريض حتى يصل إلى هذا المستوى يمكن أن يضمن المريض لنفسه إمكانية استعادة حياته بطريقة إنشائية بناءة يعتمد فيها على نفسه .

وفى الحقيقة أن دور الأخصائى الاجتماعى فى تفصيلاته يختلف باختلاف طبيعة المرض وغالباً ما يكون هاماً فى الأمراض المزمنة الطويلة والناتجة عن عوامل وجدانية ، ويقل تدخله فى الأمراض البسيطة الطارئة التى تنتهى بدون تأثيرات على شخصية المريض .

ودور الأخصائى الاجتماعى يمكن أن يكون هدفه القريب تخفيف الضغوط الداخلية والتوترات الخارجية المتعلقة بالمرض ، والهدف النهائى والبعيد هو تمكين المريض من توظيف قدرته من أجل استخدام الرعاية الطبية المقدمة فى الحماية من المرض والمحافظة على صحته والعودة إلى ممارسة أدواره الاجتماعية وهذا يؤكد أن كل تفصيلات دور الأخصائى الاجتماعى هامشية وتؤكد لعمل واحد هو التركيز على المريض نفسه .

وفى صدد عرضنا لدور الأخصائى فإننا يمكن أن نتعرض لسؤالين رئيسيين يمكن اعتبارها من القضايا الهامة فى مجال الخدمة الاجتماعية الطبية :

(أ) كيف يستطيع الأخصائى أن يقوم بعمله متضمناً كل الأهداف بالدرجة التى يكون معها جزء من البناء الكلى وتكون مساهمته فى تلك البناء نوعية مختلفة عن باقى الأعمال ؟ أو بمعنى آخر كيف يستطيع الأخصائى بمنهجه الخاص بطريقته الخاصة أن يحقق أفضل مستوى وظيفى فى المؤسسة الطبية ؟

(ب) كيف يتعامل الأخصائى مع المشكلة الطبية دون أن يكون طبياً نفسياً ولكنه يتعامل مع كلا الجانبين الجسمى والنفسى من خلال فهمه للمواقف الاجتماعية والعلاقات الاجتماعية التى تحيط بالمريض ، فالأخصائى لن يبحث أو يتعامل مع مشكلة المرض فهذه مشكلة الطبيب ولكن المشكلات الفردية التى يتعامل معها الأخصائى هى التى تعوق فاعلية العلاج .

وفى نفس الوقت يتعامل الأخصائى الاجتماعى مع أشخاص يلمسون مشاكلهم التى كثيراً ما تكون حقيقية مباشرة ، كما أنها كثيراً ما تحتل شعور المريض أو توجد فى مستوى قريب من الشعور . أى أن عمل الأخصائى يقع فى مسافة ما من عمل الطبيب وفى مسافة ما من عمل الطبيب النفسى ولذلك لابد من تحققي نوع من التناسق والانسجام بين الأخصائيين الاجتماعيين وجهاز المستشفى .

وعموماً فإن عرضنا لدور الأخصائى الاجتماعى فى الحالات الفردية فى المستشفى سيتضمن ما اتفق عليه علماء الخدمة الاجتماعية والعاملين فى الميدان نتيجة الخبرات المتراكمة والتجارب التى مروا بها

فالوظائف النوعية للأخصائى الاجتماعى الطبى وصفت بواسطة لجنة المنظمة الطبية الأمريكية بالتعاون مع قسم الخدمة الاجتماعية لجمعية الأخصائيين الاجتماعيين الأمريكيين على النحو التالى :

١- مساعدة الفريق الطبى فى فهم مغزى العوامل الاجتماعية والاقتصادية والنفسية وعلاقتها بالمرض الذى يعاني منه المريض والعلاج المتبع لذلك .

٢- مساعدة المريض وأسرته فى فهم هذه العوامل وتمكينهم من تحقيق الاستخدام البناء للرعاية الطبية .

٣- تدعيم الوجود الإنسانى والأخلاقى للمريض وأسرته .

٤- المساهمة فى البرامج التعليمية للأعضاء الآخرين من الفريق الطبى.

٥- تسهيل الاستخدام الفعال لموارد المجتمع لمواجهة احتياجات المرضى وأسرهم .

ويمكن عرض دور الأخصائى الاجتماعى مع الحالات الفردية من خلال ثلاث مراحل :

أولهما : مرحلة العيادة الخارجية (قبل دخول المستشفى) .

ثانيهما : مرحلة إقامة المريض بالمؤسسة العلاجية (أثناء وجود المريض بالمستشفى) .

ثالثهما : مرحلة التتبع (بعد خروج المريض من المستشفى)

وسوف نناقش كل مرحلة من المراحل السابقة ، لأهميتها من جانب، ولإبراز دور الأخصائي الاجتماعي الطبي في كل مرحلة من هذه المراحل من جانب آخر .

١- مرحلة العيادة الخارجية :

ويقصد بها الفترة التي يتوجه فيها المريض إلى العيادة الخارجية بالمؤسسة الطبية للكشف عليه ، وتشخيص حالته ، وتقدير خطورة مرضه، ومدى أحقيته في الالتحاق بالمؤسسة الطبية والإقامة بها للعلاج . وبمعنى آخر ، يقصد بها فترة " قبل دخول المريض للمؤسسة الطبية " .

فإذا تم الكشف على المريض ، وثبت أحقيته في دخول المؤسسة الطبية للإقامة والعلاج ، يمكن للأخصائي الاجتماعي الطبي ، أن يجري مقابلة سريعة " مقابلة إستقبال " وذلك لمساعدة المريض ، في وقت هو في أشد الحاجة فيه إلى من يمد له يد العون والمساعدة ، ويوضح له بعض الأمور التي تتعلق بسياسة المؤسسة الطبية ، ونظامها ، وخدماتها ، وكيفية الاستفادة منها ... إلخ .

وينحصر دور الأخصائي الاجتماعي مع الأفراد في هذه المرحلة ، فيما يلي : (٤)

١) تحويل الحالات المرضية التي لا تنطبق عليها شروط المؤسسة الطبية، إلى مؤسسات طبية أخرى لها أقسام متخصصة في علاج مرضهم ، وأيضاً ، تحويل المرضى بأمراض مستعصية ، ومزمنة، كمرضى الدرن ، والجزام إلى المصحات ، والمستعمرات المخصصة

لعلاجهم ، واقناعهم بتقبل ذلك التحويل حرصاً على صحتهم من جانب ، وصحة أسرهم من جانب ثانى ، وصحة مجتمعهم من جانب ثالث .

٢) إذا تبين من الكشف والتشخيص الطبى ، أن حالة المريض تستوجب دخولة المؤسسة للإقامة والعلاج ، فقد يتردد المريض فى قبول ذلك ، خوفاً من أن تطول إقامته فتختل حياة الأسرة ، أو يفقد عمله ، أو يقل دخله ، وقد يتردد المريض ليأسه من العلاج ، اعتقاداً خاطئاً منه أن مرضه وراثياً وليس له علاج ، أو إيماناً منه بأن علاج مرضه فى إحدى الوصفات البلدية والتى ليس لها أى أساس علمى ، أو تكون المؤسسة الطبية مرتبطة لديه بخبرات سابقة مؤلمة .

وعلى الأخصائى الاجتماعى الطبى ، أن يساعد المريض وأسرته على تقبل توجيه الطبيب ، وعمل الترتيبات الخاصة بدخول المؤسسة الطبية ، والتدخل للمساعدة فى إزالة الآثار المرتبة على دخول المؤسسة الطبية ، ومساعدة الأسرة على مواجهة الموقف وتوضيح الآثار السلبية المترتبة على إهمال المريض للعلاج ، ورفضه دخول المؤسسة الطبية ، وإزالة المخاوف التى ترتبط بها .

٣) استقبال المرضى الجدد الذين تقرر دخولهم المؤسسة الطبية وعقد مقابلات لقيدهم ضمن قوة المؤسسة الطبية ، كما يوضح لهم الخدمات والإمكانيات المتاحة حتى يمكن أن يستفيد منها المرضى بأقصى جهد ممكن .

٤) الاتصال بعمل المريض ، أو مدرسته ، أو أسرته ، لإخبارها بحجز المريض بالمؤسسة الطبية ، حتى لا تتخذ جهة العمل أو الدراسة

إجراءات تضر بالمريض ، وحتى لا تتحير الأسرة من أمر غياب أو انقطاع أحد أفرادها في الرجوع إليها .

٥) توضيح الخطوات اللازمة للحصول على خدمات معينة وخاصة للمرضى من أماكن بعيدة عن المؤسسة الطبية مثل كيفية صرف العقاقير الطبية ، ومواعيد الفحوص والكشوف والتحاليل ، وأيضاً كيفية الحصول على خدمات مؤسسات أخرى ، وإعداد التقارير والملخصات التي تساعدهم على ذلك .

٦) العيادة الخارجية ، فرصة للأخصائي الاجتماعي ليبرز دوره في التوعية والتثقيف الصحي للمرضى واسرهم ، وخاصة في الحالات التي تستدعي ذلك ، مثل الحالات المرضية الناتجة عن عادات صحية ضارة ، فيتدخل الأخصائي الاجتماعي الطبي ليوضح للمريض مدى الخطورة الناجمة من الإستمرار فيها .

٢- مرحلة إقامة المريض بالمؤسسة العلاجية : (٥)

ويقصد بها الفترة التي يتواجد أو يقيم خلالها المريض داخل المؤسسة الطبية للعلاج ، تحت ملاحظة ورعاية وإشراف الفريق الطبي.

وعلاج المريض أثناء إقامته بالمؤسسة الطبية يأخذ أحد شكلين ، إما يتم علاجه عن طريق الرعاية الصحية والعقاقير الطبية ، وإما يتم علاجه عن طريق إجراء العمليات الجراحية ، وللأخصائي الاجتماعي أدواره الوظيفية قبل كل منها .

لعلاجهم ، واقناعهم بتقبل ذلك التحويل حرصاً على صحتهم من جانب ، وصحة أسرهم من جانب ثانى ، وصحة مجتمعهم من جانب ثالث .

٢) إذا تبين من الكشف والتشخيص الطبى ، أن حالة المريض تستوجب دخولة المؤسسة للإقامة والعلاج ، فقد يتردد المريض فى قبول ذلك ، خوفاً من أن تطول إقامته فتختل حياة الأسرة ، أو يفقد عمله ، أو يقل دخله ، وقد يتردد المريض ليأسه من العلاج ، اعتقاداً خاطئاً منه أن مرضه وراثياً وليس له علاج ، أو إيماناً منه بأن علاج مرضه فى إحدى الوصفات البلدية والتى ليس لها أى أساس علمى ، أو تكون المؤسسة الطبية مرتبطة لديه بخبرات سابقة مؤلمة .

وعلى الأخصائى الاجتماعى الطبى ، أن يساعد المريض وأسرته على تقبل توجيه الطبيب ، وعمل الترتيبات الخاصة بدخول المؤسسة الطبية ، والتدخل للمساعدة فى إزالة الآثار المرتبة على دخول المؤسسة الطبية ، ومساعدة الأسرة على مواجهة الموقف وتوضيح الآثار السلبية المترتبة على إهمال المريض للعلاج ، ورفضه دخول المؤسسة الطبية ، وإزالة المخاوف التى ترتبط بها .

٣) استقبال المرضى الجدد الذين تقرر دخولهم المؤسسة الطبية وعقد مقابلات لقيدهم ضمن قوة المؤسسة الطبية ، كما يوضح لهم الخدمات والإمكانيات المتاحة حتى يمكن أن يستفيد منها المرضى بأقصى حد ممكن .

٤) الاتصال بعمل المريض ، أو مدرسته ، أو أسرته ، لإخبارها بحجز المريض بالمؤسسة الطبية ، حتى لا تتخذ جهة العمل أو الدراسة

٥- إعداد المرضى لإجراء الاختبارات والفحوص الطبية اللازمة للعلاج، وخاصة تلك التى تثير الخوف والضيق والآلام ، والتمهيد لها ، وتوضيح الغرض منها ، وأهميتها للعلاج .

٦- فى بعض حالات المرض ، كالأمراض السيكوسوماتية ، والتى تكون العوامل الاجتماعية ، النفسية لها اليد الطولى فى حدوثها مثل أمراض القلب ، وضغط الدم ، والقرحة المعدية ، والسكر... إلخ يكون للإضطرابات الانفعالية تأثير سيئ على المريض ، وعلى الأخصائى الاجتماعى أن يعمل على إبعاد العوامل المثيرة عن المريض وخاصة خلال فترة العلاج .

٧- قد يأخذ الطبيب بعض القرارات التى تثير مشاعر المريض كمنع الزيارة ، أو وضع الحدود على حركته ، مما يكون له رد فعل سيئ على نفسية المريض ، وهنا يتدخل الأخصائى الاجتماعى الطبى لتوضيح المغزى من هذه التعليمات والقرارات من حيث أنها لصالحة، كما يوضح له خطورة مخالفتها . أى أن دوره يتلخص فى إقناع المريض بتقبل وتنفيذ تعليمات الطبيب .

٨- للأخصائى الاجتماعى الطبى دوره فى حالة رفض المريض إستمرار العلاج ، وطلبه مغادرة المؤسسة الطبية مثل إتمام العلاج . وهنا يبحث الأخصائى عن دوافع هذا السلوك ، ويناقشها مع المريض ، ويمكنه إشراك أسرة المريض فى هذا الموقف لإقناع المريض بمواصلة العلاج وتبصيره بالمضاعفات التى قد تحدث بسبب خروجه المبكر .

٩- إن ضيق وقت الأطباء ، وكثافة ضغط العمل ، لا تمكنهم من توضيح المرض وأعراضه وأسبابه للمريض ، مما يجعله فى حاجة ماسة إلى من يوضح له أمور مرضه ، وهنا يبدو أهمية دور الأخصائى الطبى فى مساعدة المريض والتى قد تمتد إلى الأسرة ، لشرح وتوضيح المرض وأعراضه ، وأسبابه ، وكيفية الوقاية منه ، والأساليب التى تتبع لعلاجه .

١٠-يكون الاخصائى بمثابة الصديق للمريض داخل المؤسسة الطبية، يسعى لمساعدته ، والاستفسار عن صحته ومتابعة علاجه ، وتقدم حالته ، شخص يحظى بحب المرضى، وفى نفس الوقت لديه المقدرة على التأثير والإقناع .

١١-الاتصال بأسرة المريض بعد موافقته ، للاستفسار عن أسباب عدم مداومتها على زيارته ، والتدخل لاستمرار الاتصال بين المريض وأسرته ، حتى يطمئن المريض من جانب ، ويمكث فى المؤسسة الطبية دون قلق حتى يتسم علاجه من جانب آخر .

١٢-وكما قد يتهيب المريض عند دخوله المؤسسة الطبية ، قد يحدث ذلك التهيب فى حالة خروجه منها ، وقد يطالب بعض المرضى بالبقاء مدة طويلة فى المؤسسة الطبية . وعلى الاخصائى الاجتماعى الطبى، أن يوضح للمريض أن علاجه قد تم ، ويمكنه استئناف حياته العادية ويعمل على إقناعه حتى يقبل خروجه من المؤسسة الطبية ومواجهة مسئوليات حياته .

ب- فى حالة العلاج بالعمليات الجراحية :

بالإضافة إلى ادوار الاخصائى الاجتماعى الطبى سابقة الذكر، والتى يتبعها فى حالة العقاقير الطبية ، يمكن أن تضيف إليها فى حالة ما إذا تطلب علاج المريض إجراء عملية جراحية ما يلى :

١- كثيرا ما يقاوم بعض المرضى العمليات الجراحية ، وعلى الاخصائى الاجتماعى الطبى أن يتدخل فى مثل هذه المواقف ، ليتعرف على العوامل والدوافع التى تكمن خلف مقاومة المريض للجراحة ، ويتعامل معها لصالح المريض . أى أنه يعمل على إزالة أو تخفيف المخاوف المصاحبة لإجراء الجراحة ، وتهيئة المريض نفسياً لها .

٢- فى الحالات التى يكون فيها إجراء الجراحة أمراً حتمياً لإنقاذ حياة المريض ، وبالتالى تكون ردود أفعال المريض أمراً ثانوياً بالنسبة لخطورة الموقف ، ويكون دور الاخصائى الاجتماعى الطبى فى مثل هذه الحالات بعد إجراء الجراحة ، ليساعد المريض على تقبل نتائجها، وآثارها إذا ترتيب عليها عاهة ، أو تشويه ، أو عجز ، ليتقبل الأمر الواقع والمحتم قبوله ، ويوضح له مدى المساعدة التى ستقدم له من أجهزة تعويضية ، وتأهيل مهنى ، لاستغلال ما تبقى له من قدرات لمواجهة الحياة بعد خروجهم من المؤسسة الطبية .

٣- على الاخصائى الاجتماعى الطبى أن يعمل على تأجيل جراحات المرضى الذين ينتابهم القلق والخوف الشديد حتى يستردوا هدوئهم واستقرارهم ، وهذا بالطبع فى الحالات التى لا يؤثر تأخير الجراحة فيها خطر على صحة المريض .

٤- قد يصعب في بعض الأحيان على المريض تقدير الموقف بسبب تعطل قدراته العقلية ، نتيجة لحالته الصحية ، كوقوعه تحت تأثير إغماء ، أو في حالات الأطفال هنا يجب على الاخصائي الاجتماعي الطبي الاتصال بأقرب الناس إليه من أسرته ، لتوضيح الموقف المرضي العاجل لهم ، وإقناعهم بأهمية سرعة اتخاذ القرار الخاص بالجراحة العاجلة .

٥- إذا اتخذ قرار جديد بشأن إجراء جراحة للمريض المقرر علاجه بالمؤسسة الطبية بالعقاقير الطبية ، فعلى الاخصائي الاجتماعي الطبي، الاتصال بأسرة المريض لإخبارهم بالقرار الجديد ، حتى يشعر المريض بوقوف الأسرة بجانبه ، ومن ثم تزداد ثقته وطمأنينته.

ج- مرحلة التتبع " للإخراج المريض من المستشفى "

يقصد بها فترة النقاهة ، والتي يقضيها المريض في بيئته الطبيعية بعد خروجه من المؤسسة الطبية ، حيث يقوم الاخصائي الاجتماعي بتتبع حالة المريض للتأكد من تنفيذ تعليمات الطبيب في هذه الفترة من جانب ، ولمساعدة المريض على عدم انتكاس مرضه مرة أخرى من آخر .

وتتمثل أهم الأدوار الوظيفية للاخصائي الاجتماعي الطبي مع الأفراد في هذه المرحلة ، ما يلي :

١- المساهمة في إعداد البيئة الطبيعية لاستقبال المريض بعد خروجه من المؤسسة الطبية ، ويستدعي ذلك اتصال الاخصائي الاجتماعي الطبي بأسرة المريض ليطلعها على مسئولياتها قبل المريض في تنفيذ خطة العلاج ، التي قد تطلب برنامجا غذائيا خاصاً ، أو الالتزام

بمواعيد محددة فى تناول العقاقير الطبية ، أو الحد من حركة المريض خلال فترة زمنية معينة ، أو حاجة المريض إلى معاملة خالية من المواقف الانفعالية التى ينتج عنها استثارة عنيفة.

٢- إعداد التقارير والملخصات والأبحاث التى يحتاجها المريض والتى ترسل إلى الجهات المختصة فى البيئة ، ليستفيد منها المريض ببعض الخدمات الخاصة ، ومن أمثلة هذه الجهات : مؤسسات الإعانات الاقتصادية ، كوحدات الضمان ، أو مؤسسات التأهيل المهنى ، أو غيرها وذلك لمساعدة المريض فى استعادة نشاطه ، لمزاولة أدواره، بعد فترة الركود التى قضاها فى المؤسسة الطبية .

٣- الاتصال بالبيئات التى يرتبط بها المريض ، كموقع العمل ، أو المدرسة ، إذا ما استدعى الأمر ذلك للتأكد من تناسب العمل الذى يكلف به مع حالته الصحية وخاصة إذا نتج عن المرض أو العلاج آثار لا تتناسب مع طبيعة العمل الذى كان يؤديه قبل المرض .

ثانيا : دور الأخصائى الاجتماعى فى طريقة العمل مع الجماعات :

وتعرف خدمة الجماعة فى المجال الطبى بأنها طريقة لتقديم خدمات للأشخاص فى المؤسسة الطبية من خلال إمدادهم بخبرات فى جماعات ، فتمد الفرد وفقا لاستعداده بقدرته على الأداء الاجتماعى وتحسين تفاعله الاجتماعى ، وذلك داخل إطار من القيم الاجتماعية والأخلاقية .

فخدمة الجماعة كطريقة من طرق الخدمة الاجتماعية تستهدف رفاهية الإنسان وكرامته وتؤمن بحقه فى تنمية قدراته وكفاءته ، تجد لها

المكان فى المجال الطبى الذى يتسع بطبيعته للخدمات العلاجية والوقائيـة والإنسانية فى الناحية الصحية .

وطريقة خدمة الجماعة تنطوى على استخدام واع للعلاقة بين العضو واخصائى الجماعة ، وبين الأعضاء بعضهم ببعض ولنشاط الجماعـة ، والاخصائى الاجتماعى يستخدم العلاقات بين الأعضاء ، والعلاقـة مـع الجماعة ككل ، وهو يعمل مع الجماعة والأعضاء كممكن لكـل مهنـى ، حيث يساعد الأعضاء ويساعد الجماعة على استخدام قدراتهم وإمكانياتهم ، ويستخدم بنفسه بطرق متعددة وفقا لتقديره لحاجـات وميـول وقـدرات الأعضاء من ناحية ، ولتحقيق أغراض معينة من ناحية أخـرى . ففـى الناحية العلاجية ، تعمل على تهيئة الظروف الاجتماعية وتعبئـة قـدرات المريض للإفادة من العلاج ، ومن الناحية الوقائية يمكن تـدعيم المجـال الطبى بالتأثير فى جماعات التلاميذ والنوادى والعمل والأسـرة والجيـرة وكذلك الحال فى الناحية الإنشائية.(٦)

*** فلسفة خدمة الجماعة فى المجال الطبى :**

تستمد فلسفة خدمة الجماعة فى المجال الطبى من المهنة الأم الخدمة الاجتماعية عامة وطريقة العمل مع الجماعات خاصة وتتحدد الفلسفة فـى النقاط التالية : (٧)

١- تقوم على أساس سعى الفرد للمعيشة فى جماعات تشبع له حاجـات متنوعة .

٢- نظراً لأن المريض غير قادر على أداء أدواره الاجتماعية فهو فـى حاجة لمن يساعده فى تكوين علاقات مع الآخرين ويمكن ذلك عن

طريق استخدام الجماعة لتعمل على توفير الأمن والطمأنينة التي تخرجهم من عزلتهم الاجتماعية .

٣- الأخصائي بفضل إعداده وتخصصه يمكنه مساعدة المرضى على المعيشة في جماعة بالتعاون مع الجهود المهنية الأخرى التي تقوم بتغير خطة العلاج .

٤- من خلال خبرات الجماعة الصغيرة تتاح الفرصة للمرضى للمشاركة في البرامج لإشباع حاجاتهم .

أهمية استخدام خدمة الجماعة في المجال الطبي :

يتضح أهمية خدمة الجماعة في المجال الطبي في النقاط التالية:- (٨)

١) تخفيف حدة التوتر والقلق النفسي للمريض عن طريق حلقات المناقشة والترويح .

٢) التثقيف الصحي بتعليم الأفراد وتصحيح معلوماتهم عن المشكلات الصحية من خلال الحوار والمناقشة سواء بالنسبة لنزلاء المستشفى أو ذويهم أثناء فترات الزيادة .

٣) حل المشكلات عن طريق التعامل مع الأفراد ذوي الصلة بالمرضى الذين تجمعهم غرف الانتظار وعنابر المرضى أثناء الزيارة .

٤) أن الخدمات الترويحية المختلفة التي يقدمها الأخصائي الاجتماعي لمرضاه للانتفاع بها إنما تعتبر منفذاً للراحة النفسية لهم ومعاونتهم على تحسين علاقاتهم الاجتماعية مع من يتعاملون معهم من أفراد وأسرهم وأعضاء الخدمة الطبية في المستشفى .

٥) أظهرت التجارب أن المرضى الذين يشتركون فى النشاط الترويحى الذى ينظمه الأخصائى أقل المرضى شكوى من خدمات المستشـفى وأكثر المرضى استقراراً وتقبلاً للعلاج .

٦) تقابل البرامج الجماعية حاجات المرضى المختلفة مما يساعد علـى سرعة علاجهم .

- **إعتبارات أساسية يجب أن يراعيها اخصائى الجماعة عند عملـه مع جماعات المرضى :** (٩)

١-أن يعرف الاخصائى أن لكل حالة من جماعتـه ظروفهـا المرضـية الخاصة ومتاعبها لذلك يجب عليه أن يعرف الصفات المميزة لأفـراد جماعته ومدى إمكانياتهم وقدراتهم ويكون التعامل مع كل فرد علـى أساس صفاته وإمكانياته الفردية المميزة التى تختلف بشكل أو آخـر عن اى فرد آخر من نفس جماعته .

٢- أن تكون برامج أنشطة الجماعة تتناسب مع حدود قـدرات أعضـاء جماعته الصحية ولا تعرضهم للخطر – فإذا عمل أخصائى الجماعـة مثلا مع جماعة من المصابين بأمراض قلبية مـثلا فـلا يجـوز أن يعرضهم للاشتراك فى ألوان من النشاط لا تتناسب وظـروفهم لهـذا يجدر به التفكير فى أبتكار أنواع من النشاط الملائم لهم ، ولا يعنـى ذلك منعهم من الاشتراك فى أى نشاط لكن عليه أن يوضح للجماعـة بالطريقة المناسبة الأسباب التى تحول بينهم وبين القيام بأنواع معينـة من النشاط الحركى العنيف بحيث لا يؤثر هذا الإيضاح تأثيرا عكسيا يشعرهم بالنقص وعدم القدرة .

٣- يعمل أخصائى الجماعة بالعمل مع جماعات أسر المرضى الذين تنتابهم نوبات الخوف الشديد على المريض أو الشعور بالذنب لدورهم فى مرض المريض مما يؤدى لمواجهتهم لمتاعب نفسية شديدة لذلك كان دور أخصائى الجماعة مع الأسر دور له أهميته وأثره فحين يتيح لهم تكوين جماعة وحين يشركهم معا فى الاجتماعات وغيرها من أوجه النشاط الملائمة إنما يتيح لهم ، منافذ صحية نفسية هم فى أمس حاجة إليها لأن الجماعة تعتبر أداة هامة لهم ، فليسوا هم وحدهم آباء وأمهات مرضى بل يشترك فى ذلك غيرهم وهذا يساعدهم على التغلب على ما يواجهونه من مشاعر الأسى والحسرة . كذلك عن طريق هذه الجماعات يتم لهم معرفة أسلوب رعاية المريض عند خروجه والاهتمام به .

٤- على أخصائى الجماعة أن يوفر حياة جماعية ممتعة كهيئة المستشفى الذين يبذلون جهود كبيرة فى أعمالهم المضنية الرتيبة عن طريق إشراكهم فى جماعات النشاط الترويحى والاشتراك فى أنشطة مشتركة مما يدعم علاقاتهم ببعضهم البعض ويبعث الرضى فى نفوسهم .

٥- البرامج الترفيهية التى يقدمها اخصائى الجماعة لا تعتبر وسيلة ترويحية فحسب بل تعتبر أداة علاجية هامة عن طريق التفاعل الذى يحدث بين الأفراد داخل الجماعات .

خدمة الجماعة فى المستشفى : (١٠)

إن استخدام طريقة خدمة الجماعة فى أى مؤسسة إنما يعنى أن تعمل خدمة الجماعة على تحقيق الأهداف المنشودة من جانب المؤسسة أثناء مساعدة الأفراد فى جماعات الوصول إلى الإغراض التى يتبنونها

بأنفسهم بمعنى أن يكون هناك التقاء بين أهداف المؤسسة وأهداف الجماعة وأهداف الاخصائى الاجتماعى للجماعة .

فالمستشفى غرضها هو علاج المرضى ، فالاخصائى الاجتماعى يصمم أغراض للجماعات التى يعمل معها فى حدود تدعيم غرض المستشفى ، ولابد أن تكون أهداف الجماعة بما يتناسب مع أغراض العلاج .

والعمل مع الجماعات فى المستشفى وسيلة لدعم الروح المعنوية للمرضى ومعاونتهم على الشفاء ، إذ أن هذه العلاقات الاجتماعية الإنسانية التى تنشأ بين المرضى واخصائى الجماعة وبينهم وبين الأطباء والممرضات ترفع من قدرتهم على تحمل متاعب المرض وتخفف أو تزيل من أسباب قلقهم على حياتهم الحاضرة والمستقبلة .

ومن أهم خدمات الاخصائى الاجتماعى فى المستشفى والمصحة معاونة الأفراد على تنظيم أوقات فراغهم فى ألوان النشاط التى يغلب عليها الطابع الترويحى الملائم لظروفهم البدنية بما يزيل أو يخفف عنهم الملل والسأم ويرفع من روحهم المعنوية .

ويجب أن يتحقق فى برامج خدمة الجماعة فى المستشفى عدة نقاط من أهمها :-

١- يجب ألا يكون هناك تعارض بين نشاط خدمة الجماعة ونشاط المستشفى بمعنى أن يختار الاخصائى الاجتماعى الوقت المناسب، فلا يكون مثلا وقت مرور الأطباء فى العنابر وتوزيع العلاج على المرضى ، لممارسة النشاط الاجتماعى.

٢- أن يراعى مشاركة العاملين خصوصا الأطباء والممرضات في برامج الجماعات فإن مثل هذه المشاركة من شأنها أن تخلق جو من المودة والألفة بين المرضى والقائمين على العلاج كما أن من شانها تبديد القلق والمخاوف التى تساور المرضى أثناء العلاج .

٣- أن تكون البرامج خفيفة ، مسلية ، وبسيطة متناسبة مع الظروف الصحية للمرضى .

تكوين الجماعات فى المستشفيات العامة :

يتطلب تكوين الجماعات في المستشفيات العامة مهارة فائقة من أخصائى الجماعة ذلك لأن المرضى فى حركة دخول وخروج من المستشفى باستمرار كما أنهم يمثلون فئات مختلفة من حيث السن والمهنة والخلقية الاجتماعية والثقافية ونوع المرض ، والقدرة الجسمية .

لذلك ينبغى على الاخصائى الاجتماعى أن يتحين الفرص وأن يختار الأهداف الجذابة التى يقبل عليها المرضى .

ويمكن أن تتكون الجماعات تلقائيا بالمستشفى ، خصوصا فى عنابر المرضى حيث الجو ملائم للتعارف والتسامر واستعراض أحوال الدنيا وتداعى الذكريات . مما ييسر على الاخصائى الاجتماعى التدخل لتنظيم الجماعة – بعض الشيء – وتعيين أغراض لها في حدود رسالة المستشفى ، كإصدار مجلات ، أو عمل حفلات ، أو عقد ندوات ، ومن المناسب جداً اشتراك الأطباء ، والحقيقة أن كثير من الأطباء خصوصا النواب والامتياز يتجاوبون مع المرضى ومع الاخصائى الاجتماعى

بطريقة ودودة وبناءة وغالبا ما تسمح مساحات المستشفى من صالات وعنابر وحديقة بممارسة نشاط اجتماعي .

والجماعات في المستشفيات العامة ذات أهمية خاصة في تحسين حالة المريض ، فمن خلال الجماعة يحدث التدعيم للفرد الذي يعتريه القلق ومن خلال الجماعة يتوحد المريض مع المرضى الآخرين فيشعر بالأمن والطمأنينة ، كما تعمل الجماعات على مساعدة الأفراد على الإفصاح عن مشاعرهم السلبية أو تصوراتهم الخاطئة المتصلة بالمرض وبالعلاج فتكون الفرصة مواتية لأخصائي الجماعة لطمأنة المرضى وتعديل أفكارهم كما تفيد عملية الجماعة بصفة خاصة في تكوين اتجاهات وتعديل اتجاهات المرضى نحو الشفاء والعلاج ، فضلا عن تعديل اتجاهات الجمهور نحو المستشفيات ، فمن خلال الجماعات ذات التنظيم غير الرسمي ، القائمة برغبة الأعضاء ، ومن خلال جو المودة بين المرضى والعاملين تتغير اتجاهات الجمهور نحو المستشفيات ، وهذا مطلوب في مساعدة المستشفى على أداء رسالتها .

خدمة الجماعة في مستشفيات الأمراض المزمنة وطويلة العلاج :

كلما طالت مدة العلاج والإقامة بالمستشفى كملا زادت احتياجات المريض للرعاية الاجتماعية ، فالقلق قد يزداد ، وعلاقات المريض الاجتماعية قد تتأثر ، ومصالحه خارج المستشفى ، ومشكلاته التي تتعلق بالأسرة والدخل وحياته الاجتماعية بصفة عامة تتأثر هذا من ناحية ، ومن ناحية أخرى قد يعتريه اليأس والاكتئاب ، وقد ينجم مشكلات عن بقائه في المستشفى مدة طويلة . وفي هذا الجو يكون تدخل خدمة الجماعة مناسبا

للتغلب على هذه المصاعب . كما تكون فـرص العمـل مـع جماعـات المرضى أفضل .

فثمة علاقات وصداقات تنشأ بين المرضى بعضهم الـبعض وثمـة علاقات تنشأ بين المرضى والعاملين بالمستشفى . ويكـون العمـل مـع جماعات المرضى منظما لهذه العلاقـات ، ويكـون علـى الاخصـائى الاجتماعى مهمة إشراك المرضى فى أنشطة اجتماعية مناسبة للظـروف الصحية بحيث تشمل معظم المرضى ، يراعى فى ذلك إشراك المرضـى المنطويين أو المكتئبين .

ويمكن فى هذه الظروف أن تتعدد أوجه النشاط الذى تقـوم به مختلف الجماعات ، فالفرص مواتية ليكون أسر من المرضى ورواد من العاملين ومن خلال الأسر تتعدد البرامج ، مباريات ألعـاب داخليـة ، مجـلات ندوات ، محاضرات ، حفلات سمر ، إحيـاء مناسبات .. إلخ .

ومن المعروف أن أهداف خدمة الجماعة البعيدة ، التى هى نمو الفرد وتكيفه مع الظروف ، وإتاحة الفرصة لاكتساب مهارات مختلفة ، وتحسين الأداء الاجتماعى وغرس القيم الاجتماعية .. إلخ هى الأهداف المرجـوة من وراء هذا النشاط .

خدمة الجماعة فى مراكز رعاية الأمومة والطفولة :

تختص رعاية الأمومة والطفولة برعاية الحوامل والأطفال حتى سـن السادسة من الناحية الصحية . ومن المعروف أن الناحية الصحية وثيقـة الارتباط بالناحية الاجتماعية والبيئية والاقتصادية وأغلب جمهور السيدات المترددات على مراكز رعاية الطفولة والأمومـة مـن الطبقـات الـدنيا

للمجتمع ، إذ تحصل السيدات من الطبقات الأعلى على مثل هذه الرعاية من خلال الأطباء الخصوصيين .

وهذه الفئة – جمهور رعاية الطفولة – تحتاج إلى الكثير من التوعية والكثير من الخدمات المباشرة .

ومن الممكن تكوين جماعات منهن لكن هذه المهمة ليست بالمهمة السهلة فوقت العمل بالمركز هو وقت العمل بالمنزل . وغالبا ما تكون السيدة مشغولة بهموم أخرى إلى جانب استشارة الطبيب أو صرف المعونة، ولتحقيق تكوين جماعات من هؤلاء السيدات ينبغي أن تكون العلاقة بالأخصائيين الاجتماعيين على درجة كبيرة من النمو كما ينبغي أن تكون هناك أهداف مفيدة ملموسة من الجماعات ، كالتدريب عل أعمال الحياكة أو بعض الأعمال التى من شأنها أن تحقق دخلاً للأسرة ، ويمكن أن يتحقق ذلك بالتعاون مع الجمعيات والهيئات التى تعمل فى هذا المجال.

خدمة الجماعة مع الجماعات الصحية لتلاميذ المدارس :

من الممكن أن يتحقق ذلك من خلال الاخصائى الاجتماعى بالصحة المدرسية أو بالاشتراك مع الاخصائى الاجتماعى بالمدرسة . وتركز هذه الجماعات على التثقيف الصحى من خلال المحاضرات والندوات وإصدار المجلات ، وزيارات المستشفيات والمصادر الصحية فى البيئة.

ثالثاً– دور الأخصائى الاجتماعى فى طريقة تنظيم المجتمع :

تختص ممارسة تنظيم المجتمع بكيفية تطبيق طرق الخدمة الاجتماعية فى تنظيم المجتمع ويستلزم ذلك أن يكون المجتمع هدف واضح من توفير الرعاية الاجتماعية لسكانه . ويتحدد هذا الهدف فى

ضوء السياسة الاجتماعية للمجتمع تلك السياسة التى تنبثق عن السياسة العامة التى يضعها المجتمع فى ضوء أيدلوجيته وتكافئه والظروف المحيطة به . وإن إجراءات العمل فى الممارسة تختلف بالضرورة بين مجتمع وآخر بحسب حجم المجتمع وطبيعته ونوعيته ومشكلاته .

وبناء على ما سبق توجد مجموعة من المبادئ والمعايير التى يلتزم بها الممارس المهنى فى تنظيم المجتمع أثناء عمله فى المستشفى وهى:[11]

(أ) الاتصال بالجماهير ويشمل :

١- تعرف الاخصائى على المجتمع الذى سوف يعمل معه من خلال مقابلة المسئولين بالوحدات العلاجية وتعريفهم بدوره الذى يمكن القيام به من خلال تعاون المسئولين بالوحدات معه .

٢- زيارة المنتفعين ومقابلة المرضى وأصحاب الحاجة والاستماع إلى شكواهم ومشكلاتهم واحتياجاتهم إيمانا بأن التنمية هى حصيلة للتعاون بين جميع الإطراف وتنظيم جهودهم لمواجهة المشكلات والاحتياجات بشكل فعال .

٣- الاتصال بالعاملين بالوحدات والتعرف عليهم وتوضيح دوره لهم والتعرف على دور العاملين باعتبارهم محور العمل والمسئولين عن التنفيذ وان عمله لابد وأن يكون بالتعاون مع الجهاز القائم .

٤- ومن خلال هذه اللقاءات يمكنه التعرف على القادة الطبيعيين والممثلين والمهنيين من بين المنتفعين والأهالى من سكان المنطقة، ومن بين العاملين فى الوحدات الطبية والعمل على توثيق العلاقة بين الناس لكسب ثقتهم وجهودهم ، لذلك لابد أن يكون

سلوك الاخصائى وتصرفاته ومظهره لا يتعارض مع مشاعر وقيم الجميع .

(ب) دراســـة المجتمـــع :

ولا يمكن للأخصائى أن يساعد المجتمع على حل مشكلاته وإشـــباع احتياجاته بغير الإلمام ببعض المعلومات عن هذا المجتمع وقيمه وأنشطته الاقتصادية والثقافية والصحية والمشكلات الملحة بصـــفة عامـــة وذلـــك بالاستعانة بما هو متاح من وثائق وسجلات وخرائط وإحصـــائيات دالـــة للخدمات الحكومية والشعبية فى المنطقة ، فضلا عن المصادر الشخصـــية وتشمل القادة المحليين والمواطنين ذوى الخبرة وذوى النفوذ والمؤسســـات ومن خلال هذا يبدأ فى تكوين فكرة عامة عن بعض المشـــكلات الملحـــة التى يشعر بها الناس ، ويستمع للحلول التـــى يفترضـــونها لحـــل تلـــك المشكلات .

ج- بناء جـــهاز العمـــل الرئيسى :

لابد للعمل فى مجال تنظيم المجتمع من وجود مجلس رئيسى يعمـــل معه الاخصائى للقيام بعمليات التنظيم على أن يمثل القطاعات المختلفة فى المجتمع الطبى .

وينبغى أن يتكون من العناصر الكفيلة بإنجاح الجهود المهنية والعمل سواء أكان من الأجهزة الحكومية أو الشعبية ، كما يختلف هـــذا المجلـــس باختلاف المجتمع وطبيعة المشكلات ، فقد يلجأ الاخصائى إلى تشكيل لجنة من المواطنين ومن ممثلى المصالح تنتهى مهمتها بعلاج المشكلة ، وقـــد

يرى الاخصائى وجوب إنشاء هيئة دائمة ، وذلك لتحمل مسئولية المشاكل المتجددة فى حياة المجتمع الطبى الذى يعمل فيه .

وفى مجال الخدمة الاجتماعية الطبية بالوحدة ، يعتبر مجلس جمعية الخدمة الاجتماعية بالوحدة بمثابة الحقيقة الدائمة التى تتحمل مسئولية مواجهة المشكلات الصحية ، كما أن من حقه تشكيل اللجان المختصة لعلاج مشاكل معينة وله أن يستعين بخبرات أخرى من خارج أعضاء المجلس .

هذا ويلتزم أخصائى تنظيم المجتمع فى عمله فى المجال الطبى بخطوات تنظيم المجتمع التى تتمثل فى أربع مراحل رئيسية وهى مرحلة الدراسة والتعريف والاستطلاع – ثم مرحلة وضع الخطة – والمرحلة التنفيذية – ثم مرحلة التقويم.

وأصبحت الرعاية الصحية محل اهتمام كافة الحكومات شرقية وغربية ، الدول الرأسمالية أو الاشتراكية ، وحتى دول العالم الثالث .

وتعتبر برامج الرعاية الصحية من الخدمات الاجتماعية التى تقدمها الدولة لمواطنيها فى شكل برامج وقائية وعلاجية تقدم من خلال شبكة من الأجهزة والمؤسسات كالمستشفيات والعيادات والمعامل ومصانع إنتاج الأدوية .

ومن المستحيل التخطيط للرعاية الصحية دون الأخذ فى الاعتبار بالتفاعل المستمر بين الصحة وبين البيئة الاجتماعية ويحذر "مردال" من الوقوع فى عملية تبسيط المشاكل الصحية ، عن طريق عزل الصحة عن غيرها من العناصر الاجتماعية والاقتصادية والسياسية .

وإذا كانت طريقة تنظيم المجتمع تركز على ضرورة اشتراك الناس والمشاركة فى التخطيط والتنفيذ والمتابعة والتقويم لمشكلاتهم وطريقة توجيهها من خلال البرامج والمشروعات ، فان المنظم الاجتماعى يساعد الاهالى ويستثير مشاعرهم بقصد خلق شعور بالحاجة إلى مشروعات التغيير لتحقيق الإشباع لاحتياجاتهم المتزايدة والمتجددة.

ولذا تعددت أدوار المنظم الاجتماعى وفقا لظروف المجتمع وطبيعة الجهاز الذى يعمل من خلاله ، وسنحاول فى هذا الجزء عرض لدور المنظم الاجتماعى فى المؤسسة الطبية وذلك على النحو التالى :

دور الأخصائى الاجتماعى الطبى مع مجتمع المرضى فى المؤسسة الطبية :

إن الأهداف التى يسعى لتحقيقها المنظم الاجتماعى يمكن أن تكون أهدافا تخطيطية لإحداث التغيير كهدف ، أو أهداف تنسيقية لدعم العلاقات والتعاون بين المجتمع وأجزاؤه أو أهدافا تدعيمية لدعم المشروعات والخدمات أو أهدافا أخرى عامة تتناول علاج المشكلات التى تتعلق بالسلوك الاجتماعى للجماهير والعادات الاجتماعية التى تعوق المجتمع وتنميته .

والواقع أن الدور الأساسى لأخصائى تنظيم المجتمع مهما اختلفت وجهات النظر ، هو استثارة سكان المجتمع للشعور بالحاجة إلى اتخاذ القرارات التى تحددها أهدافهم والوسائل والأساليب المختلفة التى يمكن استخدامها لتحقيق تلك الأهداف وهنا يساهم بدوره فى إحداث التغير.

وجدير بالذكر ، أن الاخصائي الاجتماعي ،لا يمارس عملا حرا ، ولكنه موظف بأحد أجهزة تنظيم المجتمع ، والذى يدفع راتبه ، ويمده بالإمكانيات ولذلك ، فعلى الاخصائي الاجتماعي أن يلتزم بفلسفة الجهاز ونظامه ، وأساليب عمله ، ويتحرك من خلاله ويخضع لتوجيهاته ، ويحترم القيود التي يضعها فيما يتعلق بحرية الحركة .

هذا وتعد الوظيفة الأساسية لأى مجتمع ، هي إشباع احتياجات أفراده عن طريق التنظيمات الاجتماعية الموجودة فيه ، وانه من الملاحظ فى وقتنا الحاضر وخاصة فى المجتمعات النامية – أن هناك ازدياد كبير فى الاحتياجات من ناحية ، وقلة شديدة أو ندرة للموارد المتاحة من ناحية أخرى .

ومن هنا تبرز أهمية دور طريقة تنظيم المجتمع كأداة فعالة لمساعدة المجتمعات على التعرف على ألوان القصور والثغرات الموجودة فى تنظيماتها الاجتماعية والتى تؤدى إلى ظهور المشكلات المجتمعية ومعاونتها على إحداث التغيير اللازم ، لسد هذه الثغرات وعلاج تلك المشكلات .

ولا يقتصر التغيير الذى تستهدفه طريقة تنظيم المجتمع على النواحى المادية فحسب ، بل يمتد ليشمل النواحى الاجتماعية أيضا كالتفاعلات والعلاقات الاجتماعية بين سكان المجتمع ، وعاداتهم وتقاليدهم ، وقيمهم معاييرهم الأخلاقية .

وعلى الرغم من أن طريقة تنظيم المجتمع تنظر إلى المجتمع كوحدة متكاملة ، إلا أنها تركز فى تعاملها على العنصر البشرى الذى يعتبر أكثر الكائنات الحية تعقيدا ، وتجهل عنه أكثر مما تعلم ، وعلى الرغم من هذا

القليل الذى تعرفه عنه إلا أنها تقوم بدورها الفعال بالنسبة له ، من حيث إشباع احتياجاته ، وحل مشكلاته وتحقيق أهدافه فى تحسين مستواه الاقتصادى والاجتماعى .

وتختص ممارسة تنظيم المجتمع ، بكيفية تطبيق مهنة الخدمة الاجتماعية لإشباع احتياجات ، وحل مشكلات سكان المجتمع ويستلزم ذلك أن يكون للمجتمع هدف واضح فى توفير الرعاية الاجتماعية لسكانه ، ويتحدد هذا الهدف فى ضوء السياسة الاجتماعية للمجتمع ، تلك السياسة التى تنبثق عن السياسة العامة والتى يضعها المجتمع فى ضوء أيديولوجيته، وموارده والظروف المحيطة به ، وإن إجراءات العمل فى الممارسة تختلف بالضرورة بين مجتمع وآخر ، بحسب حجم المجتمع وطبيعة ونوعية احتياجاته ومشكلاته .

وإذا أعتبرنا أن المؤسسة الطبية ، تنظيم يعمل على تقديم الرعاية الطبية للمرضى ، أو أنها معاهد تعليمية فى مجال الطب مثل المستشفى الجامعى بمدينة الإسكندرية ومستشفى القصر العينى بالقاهرة فان تلك لا يبعدها عن دورها الاساسى كأداة لتقديم الرعاية الصحية للمجتمع المحلى الذى تقع فيه ، ويمتد نشاطها ليشمل كل مجالات الرعاية الطبية من وقاية وتشخيص ، وعلاج وتأهيل وتعليم طبى ، وبحث علمى مستهدفا من ذلك صالح المريض الذى أنشئت المؤسسة الطبية لخدمته ورعايته صحيا واجتماعيا .

وبهذا المفهوم ، يمكن الاتفاق على أن المؤسسة الطبية مركز إشعاع صحى للمجتمع الذى تتواجد فيه ، وقادرة على أن تغير من صورة الصحة العامة لذلك المجتمع ، ومن جانب آخر ، نجد أن للمؤسسة الطبية حقوقا

تترتب لها قبل المجتمع المحلى الذى تعيش فيه ، أهمها حق المساندة والتدعيم بالرأى – والكلمة والعمل ولا يتأتى ذلك إذا تفهم المجتمع دور المؤسسة الطبية ، وتفهمت المؤسسة الطبية احتياجات المجتمع وسعت لتحقيقها ، وبذلك يحاط المجتمع علما بحقيقة المؤسسة الطبية ، ويتفهم أهدافها ومشاكلها ، بل ويلتمس أهمية خدماتها – ومن ثم يكون قادرا على تقدير المكانة والدور الذى تلعبه المؤسسة الطبية فى حياته نتيجة إلى دعمها وتأييدها .

وبهذا المفهوم لدور المؤسسة الطبية ، وتفاعله مع المجتمع المحلى الذى تقع فيه ، يصبح من الضرورى أن يكون من بين أعضاؤه من هو قادر عمليا على النزول لهذا المجتمع والتعرف على أفراده ، وقياداته وعلى إمكانياته وموارده ، كما تكون لديه الوسائل التى تمكنه من التعرف على المشاكل والاحتياجات الصحية لهذا المجتمع ، وواضح أن الاخصائى الاجتماعى الطبى ، بحكم دراسته وخبرته وتدريبه من أقدر الأفراد للقيام بهذا الدور وعلى بناء علاقة سوية دائمة ، وإيجاد نوع من الثقة المتبادلة بين المؤسسة الطبية وأفراد هذا المجتمع فضلا عن مهمته الرئيسية بداخل مجتمع المؤسسة الطبية ، فى محيط المرضى والمعوقين فى شتى مداخل علاجهم ورعايتهم .

وبناء على ما سبق ، يمكن القول أن المنظم الاجتماعى بالمؤسسة الطبية ، له أدوار وظيفية داخل نطاقها ، أو فى أى حدود المؤسسة الطبية، وأدوار وظيفية أخرى تمتد لتشمل المجتمع الذى تتواجد فيه المؤسسة الطبية ، وسوف نناقش هذه الأدوار كل على حدة .

أ-الأدوار الوظيفية للمنظم الاجتماعى الطبى داخل المؤسسة الطبية :

١- المساهمة فى وضع سياسة قسم الخدمة الاجتماعية الطبية وتحديد أهدافه فى ضوء السياسة الاجتماعية للمؤسسة الطبية من جانب والسياسة الاجتماعية للمجتمع من جانب آخر .

٢- العمل على مساعدة مجلس الإدارة ، أو اللجان التى يستند إليها العمل معها لتأدية مهمتها بنجاح ، مع الاهتمام بمراكز القوة بين العاملين فى المؤسسة الطبية والتأثير عليها فى عملية اتخاذ القرارات التى تتعلق بنشاط مجتمع المؤسسة الطبية لصالح العاملين فيها من جانب ولصالح المرضى من جانب آخر .

٣- المساهمة فى القيام بمد الأقسام الداخلية الموجودة بالمؤسسة الطبية ، بالمشورة الفنية ، التى تساعدهم على القيام بمسئولياتهم قبل المرضى خير قيام ، والتعاون مع المهتمين ذوى التخصصات المهنية فى المؤسسة الطبية فى صورة فريق عمل ليكشف لهم عن الجوانب الاجتماعية والنفسية والأسرية والبيئية ذات الصلة الوثيقة بالأمراض التى يعانى منها بعض المرضى .

٤- المساهمة فى القيام بالبحث والدراسة ، للتعرف على احتياجات مجتمع المؤسسة الطبية ، ومشكلاته ، وموارده وإمكانياته ، تمهيدا لترتيبها حسب أهميتها ووضعها فى أولويات والعمل على إشباعها أو حلها فى حدود الموارد ، والإمكانيات المتاحة ، أو التى يمكن إيجادها .

٥- العمل على تنسيق جهود الأقسام الداخلية للمؤسسة الطبية ، لمنع تكرار أو تضارب الخدمات التى تقوم تلك الوحدات بتقديمها للمرضى ، كما يسهم فى تهيئة مناخ جيد للعلاقات الإنسانية داخل مجتمع المؤسسة الطبية .

٦- إيجاد مشروعات تستلزم اشتراك وتعاون فئات العاملين بالمؤسسة الطبية ، وتحقق فائدة لهم ، كأسلوب لإيجاد التكامل بين فئات العاملين بالمؤسسة الطبية مما يكون له أكبر الأثر فى علاج المرضى.

٧- المساهمة فى العمل على تحسين مستوى الخدمات التى تقدمها المؤسسة الطبية للعاملين من جانب وللمرضى من جانب آخر ، على أن تؤدى تلك الخدمات بالطريقة التى ترضى العاملين والمرضى ، وتحفظ عليهم كرامتهم .

٨- المساهمة فى عملية التسجيل ، والتأكد من أن جميع الأعمال والأنشطة والبرامج التى يمارسها قسم الخدمة الاجتماعية الطبية، تسجل تسجيلا دقيقا للإفادة منه فى عملية تقويم القسم لقياس مدى نجاحه أو فشله من جانب ويعاونه الأخصائيين الاجتماعيين الجدد والذين يعينون مستقبلا فى المؤسسة الطبية فى الانطلاق من حيث انتهى زملائهم القدامى من جانب آخر وذلك مما يكون له أكبر الأثر فى خدمة مجتمع المؤسسة من جانب ، وخدمة المرضى من جانب آخر .

ب- الأدوار الوظيفية للمنظم الاجتماعي الطبي خارج المؤسسة الطبية:

١- على المنظم الاجتماعي الطبي أن يتعرف على كافة الأجهزة والهيئات التي تؤدى خدمات طبية بمختلف أنواعها وذلك ليتضح له أوجه الازدواج أو النقص أو التكامل في أنواع الخدمات الطبية التي تؤدى للمجتمع المحلى من جانب آخر ولكى يستطيع أن يستغل هذه الأجهزة والهيئات لصالح مرضى المؤسسة الطبية التي يعمل بها من جانب آخر .

٢- التعرف على المشكلات الاجتماعية بالمجتمع المحلى - المقام به المؤسسة الطبية التي يعمل بها - ذات الأثر على الصحة واستثارة الناس وتوعيتهم لتجنبها .

٣- المنظم الاجتماعي بحكم عمله واتصاله بزملائه العاملين بالهيئات المحيطة وبالرأى العام داخل المجتمع المحلى الذى توجد به المؤسسة العلاجية الطبية يستطيع أن ينقل إلى إدارة المؤسسة الطبية ردود الفعل وانطباعات الناس عن الخدمات التي تؤديها المؤسسة الطبية مما يكون له أكبر الأثر في تقويم دور المؤسسة الطبى ، ومن ثم تعمل على إزالة كل ما يحول دون تأدية رسالتها في المجتمع على الوجه الأكمل هذا من جانب ومن جانب آخر يعمل المنظم الاجتماعي الطبي على تنمية المجتمع المحلى بدور المؤسسة الطبية ، وأهدافها وكيفية الاستفادة من خدماتها وعليه أيضا تنسيق الموارد البيئية ونشر الوعى في المنطقة المحيطة بالمؤسسة الطبية ، بما يحقق أقصى استفادة من خدمات المؤسسة الطبية .

وفى النهاية فإننا نشير إلى طرق الخدمة الاجتماعية متكاملة ، حيث أن نطاق عمل الخدمة الاجتماعية يمتد إلى وجوه الإنسان المختلفة التى يعيش فيها ، فهى تعمل مع الأفراد كما تعمل مع الجماعات ، وأيضا تعمل مع المجتمعات .

فالخدمة الاجتماعية حينما تعمل مع الفرد بصورة مباشرة إنما تتعامل مع الجماعات والمجتمع بصورة أخرى .

كذلك الحال حينما يتعامل مع الجماعات نجد بالضرورة أهمية العمل مع أعضاء الجماعة كأفراد ، مثل الفرد الذى تواجهه مشكلة أو يتميز بقيادة تحتاج إلى صقل ، كما تعمل مع الهيئة أو المؤسسة التى تحتضن الجماعة ، لتقارب بين أغراضها واتجاهاتها ، وأيضا تعمل مع المجتمع المحلى الذى تتواجد فيه المؤسسة لاستغلال موارد البيئة فى تحقيق أهداف المؤسسة من جانب ، والجماعات التى تنتمى إليها هذه المؤسسة من جانب آخر .

إن العلاقة بين طرق الخدمة الاجتماعية -خدمة الفرد- وخدمة الجماعة ، تنظيم المجتمع- إنما هى علاقة لا تستمد من واقع المنفعة المشروطة بتقديم قضايا ملموسة نافعة فحسب ، وإنما علاقة أعضاء الجسم الواحد ، بطبيعة واحدة وبوظيفة واحدة ، أن حدث وتعددت أعضاؤه ، فهو لتحقيق هدف مشترك وهو رفاهية الإنسان وسعادته فالجوهر واحد والفلسفة واحدة بل أن المفاهيم والمبادئ الأساسية نفسها واحدة ، وهذه حقيقة يؤكدها الواقع الميدانى ذاته ، كما يجدها كل من مارس المهنة من الأخصائيين الاجتماعيين.

رابعاً : دور الأخصائى الاجتماعى فى البحوث الاجتماعية[١٢]

يقوم الأخصائى الاجتماعى الطبى بدور هام فى مجال الدراسات والبحوث الاجتماعية الميدانية التى تجرى سواء على مرضى المؤسسة العلاجية والمستفيدين من خدماتها أو على مستوى البيئة المحيطة بها .

وغالباً ما تنظم هذه الدراسات والبحوث بمعرفة قسم الخدمة الاجتماعية الطبية بهدف الوقوف على المشكلات التى يعانى منها المرضى والمشكلات الصحية والاجتماعية التى تعانى منها البيئة ، أو كذلك تحديد الإمكانيات المتاحة وأساليب استخدام هذه الإمكانيات فى حل تلك المشكلات ، أو لتقويم الخدمات التى تقدم فى المؤسسة الطبية .

خامساً : دور الأخصائى الاجتماعى فى الإدارة :[١٣]

أما دور الأخصائى الاجتماعى فى مجال الإدارة فهو دور رئيسى وهام حيث مسئوليته تجاه قسم الخدمة الاجتماعية الطبية بالمؤسسة الطبية تنظيماً وإدارة .

وتتمثل العملية الإدارية فى جوهرها فيما يقوم به من محاولات لتحقيق أعلى مستوى من الرعاية لمرضى المؤسسى الطبية بأقل إمكانيات ممكنة وفى أقل زمن ممكن .

بالإضافة إلى قيامه بجزء أساسى من العملية الإدارية كتولى مسئولية تنظيم الأعمال الكتابية وحفظ السجلات الخاصة بالمؤسسة العلاجية وبالمرضى ، وإجراء الإحصائيات الشهرية والسنوية ورفعها للجهات المسئولة .

مراجع الفصل الثالث

١- إقبال بشير وآخرون : الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى والتأهيلى ، المكتب الجامعى ، ١٩٨٠ ، ص ١٦١ .

٢- إقبال إبراهيم مخلوف : العمل الاجتماعى فى مجال الرعاية الاجتماعية " الاتجاهات تطبيقية " ، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية ، ١٩٩١ ، ص ص : ١٥٣ – ١٥٤.

٣- أميرة منصور يوسف : المدخل الاجتماعى للمجالات الطبية والنفسية، الإسكندرية ، المكتب الجامعى الحديث ، ١٩٩٩ ، ص ص ١٠٩-١١٢ .

٤- محمود محمد محمود : الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى "أسس ومبادئ" ، الفيوم ، مذكرات غير منشورة ، ١٩٩٣ ، ص ص ١٣٩-١٤٠.

٥- إقبال محمد بشير ، إقبال مخلوف : الرعاية الطبية والصحية ودور الخدمة الاجتماعية الطبية ، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية ، بدون ، ص: ١٨٧ – ١٩١ ، ١٩٥ ، ١٩٦.

٦- إقبال بشير ، سلوى عثمان : الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى ، الإسكندرية ، المكتب الجامعى الحديث، ١٩٨٦ ، ص : ٢٣٢ .

٧- عبد الحميد عبد المحسن : المدخل فى العمل مع الجماعات ، القاهرة، دار الثقافة للنشر والتوزيع ، ١٩٩٢ ، ص ٦٣ .

٨- المرجع السابق : ص ٦٤ .

٩- إقبال محمد بشير ، إقبال إبراهيم مخلوف : الرعاية الطبية والصحية ودور الخدمة الاجتماعيـة ، مرجـع سـبق ذكـره ، ص ص : ٢١٢ – ٢١٤ .

١٠- إقبال بشير ، سلوى عثمان : الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية ، مرجع سبق ذكره ، ٢٩٣-٢٤٠ .

١١- أنظر :

١٢- عبد المحى محمود صالح : الممارسات المهنية فى المجال الطبى ، الإسـكندرية ، دار المعرفـة الجامعيـة ، ١٩٩٨ ، ص ص ٢١٧-٢٢٧

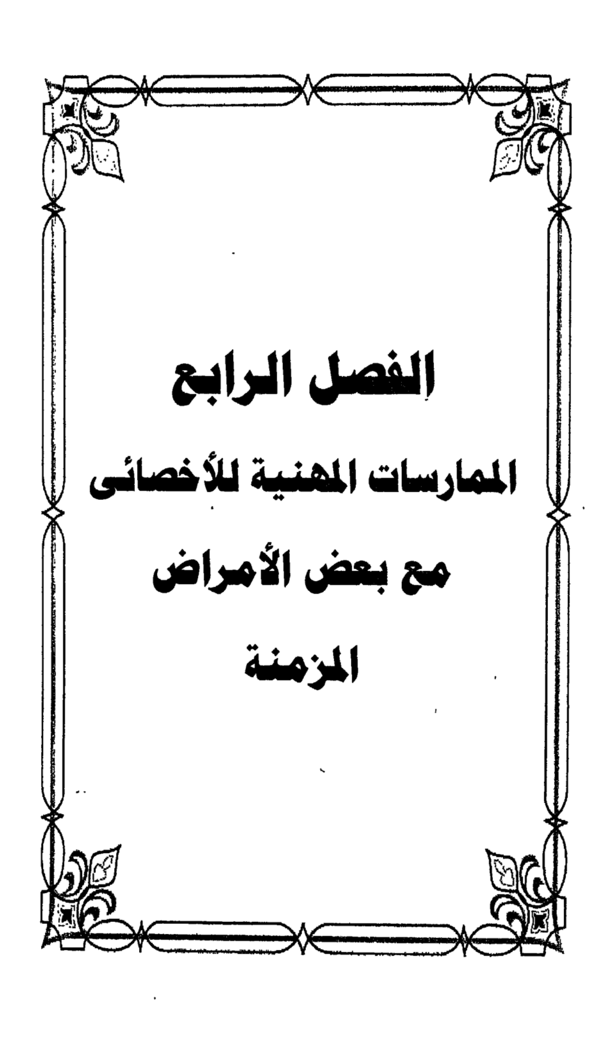
١٣- سيد أبو بكـر حسانين : طريقة الخدمة الاجتماعية فـى تنظـيم المجتمع ، القـاهرة ، ، مكتبـة الانجلـو المصـرية ، ١٩٦٤.

١٤- إبراهيم عبد الهادى المليجى : الرعاية الطبية والتأهيل من منظور الخدمة الاجتماعية ، القاهرة ، مكتبة المعارف الحديثة ، ت٠ن .

١٥- إقبال محمد بشير وآخرون : الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى والتأهيلى ، الإسكندرية ، المكتب الجامعى الحـديث ، ١٩٨٠ .

١٦- عبد المحى محمود صالح : الممارسة المهنية فى المجال الطبى ، مرجع سبق ذكره ، ص ١٣٣ .

١٧- المرجع السابق ، ص ١٣٣ .



الفصل الرابع

الممارسات المهنية للأخصائى مع بعض الأمراض المزمنة

مقدمة

يعد هذا الفصل من الفصول ذات الأهمية حيث سيتيح للدارس التعرف على أدوار وممارسات مهنية متنوعة للأخصائي الاجتماعي الطبي مع العديد من الأمراض ، ويمكن أن يتعرف الباحث بصورة أكثر تفصيلاً على طبيعة الممارسة في بعض المواقف المهنية لبعض الحالات المرضية ، كما أنه سوف يتعرض لبعض الأدوار التي من شأنها الوقاية من بعض الأمراض التي أصبحت أكثر شيوعاً في المجتمع المعاصر خاصة في حالة استخدامه لبعض الوسائل التي من شأنها أن تساعد على الوقاية من تلك الأمراض .

وهنا تنشأ في ذهن أي دارس استفهامات أو تساؤلات متعددة لعمل من أهمها سؤالين أساسيين هما :-

(أ) كيف يستطيع الأخصائي أن يقوم بعمل متضمناً كل الأهداف بالدرجة التي يكون معها جزء من البناء الكلي وتكون مساهمته في هذا البناء نوعية مختلفة عن باقي الأعمال ؟ أو بمعنى آخر كيف يستطيع الأخصائي الاجتماعي الطبي وبطريقته الخاصة أن يحقق أفضل مستوى وظيفي في المؤسسة الطبية ؟

(ب) كيف يتعامل الأخصائي مع المشكلة الطبية دون أن يكون طبيباً نفسياً ولكنه يتعامل مع كلا الجانبين الجسمي والنفسي من خلال فهمه للمواقف الاجتماعية والعلاقات الاجتماعية التي تحيط بالمريض .

فالأخصائى لن يبحث أو يتعامل مع مشكلة المرض فهذه مشكلة الطبيب ولكن المشكلات الفردية التى يتعامل معها الأخصائى هى التى تعوق فاعلية العلاج .

وفى نفس الوقت يتعامل الأخصائى الاجتماعى مع أشخاص يلمسون مشاكلهم التى كثيراً ما تكون حقيقية مباشرة ، كما أنها كثيراً ما تحتمل شعور المريض أو توجد فى مستوى قريب من الشعور ، أى أن عمل الأخصائى يقع فى مسافة ما من عمل الطبيب ومن مسافة ما من عمل الطبيب النفسى ، وهنا يثار سؤال آخر من الذى يحدد هذه المسافة ؟ الأخصائى الاجتماعى أم الطبيب ، الأخصائى الاجتماعى كشخص مهنى يعرف قدراته ومهاراته ، أم الطبيب حيث يعتبر هو المسئول المهنى الأول فى المستشفى ؟

ومن الحقيقة لا يوجد إجابة حاسمة على هذا السؤال حتى الآن حيث لا توجد نظرية تحدد العمل للأخصائى الاجتماعى وتفرض دوره على المهن الأخرى وهذا موضوع يحتاج لمزيد من البحث ليس فى المجال الطبى فقط ولكن من مختلفى المجالات الأخرى .

فإذا ما توصلنا إلى إجابة هذا السؤال أو حل لهذه القضية فيمكن تحقيق نوع من التناسق والانسجام بين الأخصائيين الاجتماعيين وجهاز المستشفى .

ومع ذلك فهناك بعض الوظائف النوعية للأخصائى الاجتماعى الطبى تم تحديدها أو صياغتها بواسطة لجنة المنظمة الطبية الأمريكية بالتعاون مع قسم الخدمة الاجتماعية لجمعية الأخصائيين الاجتماعيين الأمريكيين على النحو التالى : (١)

١- مساعدة الفريق الطبى على فهم مغزى العوامل الاجتماعية والاقتصادية والانفعالية وعلاقتها بالمرض الذى يعانى منه المريض والعلاج المتبع لذلك .

٢- مساعدة المريض وأسرته فى فهم هذه العوامل وتكيفهم من تحقيق الاستخدام البناء للرعاية الطبية .

٣- تدعيم الوجود الإنسانى والأخلاقى للمريض وأسرته .

٤- المساهمة فى البرامج التعليمية للأعضاء الآخرين من الفريق الطبى.

٥- مساعدة المستشفى فى إعطاء المريض أفضل رعاية خلال الخدمات المختلفة .

٦- تسهيل الاستخدام الفعال لموارد المجتمع واحتياجات المرضى وأسرهم .

وعلى ضوء الأدوار الوظيفية النوعية ، يمكن أ، نورد بعض الممارسات المهنية للأخصائى الاجتماعى الطبى مع بعض أنواع من الأمراض وسوف نركز هنا فى هذا المقام على بعض الأمراض المزمنة والتى منها :

أولاً : الخدمة الاجتماعية الطبية فى حالات مرضى السكر [١]

- العوامل الاجتماعية الطبية :-

يحدث مرض السكر نتيجة عجز الجسم عن الاستفادة من السكر فى توليد الطاقة بسبب نقص الأنسولين أو عدم استطاعة الجسم استغلال ما لديه منه بصورة طبيعية مما يؤدى إلى تجمع السكر بالدم إلى أن يصل

إلى درجة يتسرب فيها إلى البول عن طريق الكليتين فينتج عن هذا زيادة نسبة السكر فيه ولذلك يطلق على هذا المرض أحيانا " البول السكرى " .

ويرتبط هذا المرض باسم عالمان هما بانتنج وبست اللذان اكتشفا هرمون الأنسولين عام ١٩٣١ ، وقد ظن عقب هذا الاكتشاف أنه قد بدأ عصر السيطرة التامة على هذا المرض ومعرفة كل أسراره ولكن مازال الأمر بعيدا ، فبالرغم من تقدم العلاج الطبى فيه فان مسببات المرض مازالت بحاجة إلى مزيد من البحوث العلمية التى توضح للبشرية بصورة جازمة الإجابة عن مثل هذا السؤال : " ما سبب مرض السكر وكيف نتقيه أو نشفى منه أو حتى نعيش به بدون متاعب أو مضاعفات ؟ " .

والثابت علميا فى الوقت الحاضر أنه ليس بالوراثة فقط يصاب الإنسان بالسكر ، وقد أظهرت الإحصائيات الحديثة أن الثلث فقط من مرضى السكر يصاب فيه أحد أفراد العائلة بالمرض، وبمعنى آخر أن ثلثى مرضى السكر لا يوجد بين أفراد العائلة الآخرين من هو مصاب بمرض السكر .

إن المسلم به أن تصرفات سلوكية وقيمية وأعراض نفسية تؤدى إلى التمهيد للإصابة بهذا المرض ، فزيادة وزن الإنسان عن المعدل الطبيعى تعرضه للإصابة بمرض السكر وكذلك قلة الحركة أو الإسراف فى تناول بعض الأدوية وخاصة بدون توصية من الطبيب بها .كما فى حالة تعاطى الكورتيزون والأدوية المدرة للبول ، إن الغدة فوق الكلية (الغدة الكظرية) تفرز القليل من مادة الكورتيزون فى الجسم ، ومفعوله على عكس مفعول الأنسولين ، فإذا تناول الإنسان مقادير كبيرة من هرمون الكورتيزون ساعد ذلك على تعرضه للإصابة بالمرض ، والظروف الاجتماعية الطبية

والانفعالات النفسية الشديدة قد ثبت أن لها دورها فى التمهيد للإصابة بالمرض حينما يكون الإنسان مستعدا جسميا لذلك .

- **الخدمة الاجتماعية الطبية لمرضى السكر :-**

١- رسالة الاخصائى الاجتماعى الطبى فى حالة مرضى السكر يمكن أن نعدها كنموذج لما يستطيع أن يقوم به الاخصائى الاجتماعى الطبى فى الأقسام الباطنية الأخرى المتخصصة كأمراض القلب والروماتيزم وغيرها .

٢- يستطيع الاخصائى الاجتماعى الطبى أن يقدم عونا كبيرا لمرضى السكر فى مجال الوقاية والتنظيم المعيشى للمرضى وإتباع خطة العلاج الطبى التى يقررها الطبيب . وذلك بإتباع طريقة خدمة الفرد أو طريقة العمل مع الجماعات أو طريقة العمل مع المجتمع.

٣- أما بخصوص خدمة الفرد فمريض السكر ، شأنه فى ذلك شأن بقية المرضى بأمراض يتطلب علاجها استقرارا نفسيا واجتماعيا خلال فترة العلاج الطويلة وبعدها أيضا ، يحتاج لجهود الاخصائى الاجتماعى الطبى لتذليل الصعوبات والعراقيل التى تعترض سبيل تجاوبه مع الخطة التى أقرها الطبيب لعلاجه وخاصة فيما يتعلق بإتباع النظام الغذائى المطلوب . وهناك حالات كثيرة تكون فى أمس الحاجة إلى المساعدات المادية والارشادية لا للمريض فحسب بل ولأسرته أيضا .

٤- ومن أساليب خدمة الجماعة الناجحة فى هذا المرض عقد الاجتماعات الدورية للمرضى وأسرهم لمناقشة المشكلات الأساسية

الخاصة بهم ، وكثيرا ما تسفر هذه الاجتماعات عن نتائج ايجابية تجعل المرضى وأسرهم يقبلون فى سماحة واقتناع على متابعة العلاج وتنظيم الغذاء والحياة المعيشية ، ويستعين الاخصائى الاجتماعى الطبى فى مثل هذه الاجتماعات الدورية ببعض الأطباء واخصائى التغذية والترويح وغيرهم .

٥- يعد حصر المرضى وتتبع الحالات من ألزم الأمور فى هذا المرض وفى بعض الحالات تكون هناك ضرورة ملحة لعمل بطاقات خاصة بكل مريض تفيد فى هذا التتبع وفى إسعافه عند الضرورة .

٦- نظرا للارتباط الوثيق بين خطة العلاج الطبى الموضوعة لصالح المريض والعمل الذى يؤديه لكسب عيشه فان الاخصائى الاجتماعى الطبى قد يجد أن ظروف الحالة تحتاج إلى الاتصال بجهة العمل لاتخاذ التدابير التى تعين على استمرار المريض فى العلاج وعدم تعرضه لأخطار المهنة .

٧- الاهتمام بالحالات المرضية التى يكون المرضى فيها مصابون (بجانب البول السكرى) بأمراض أخرى وخصوصا الإمراض التى تؤثر على الأوعية الدموية كالتصلب الوعائى وارتفاع ضغط الدم ، والتهابات الكليتين المزمنة، وارتفاع ضغط العين . ويكون من الأسباب الرئيسية لفقد وضعف الإبصار فى بلادنا وأن الجلوكوما أو " الميه الزرقاء " هى ثانى هذه الأسباب ومما لا شك فيه – كما يرى كثير من الأطباء– أن مضاعفات البول السكرى فى العين هى ثالث هذه الأسباب من حيث الكم ، ولكنها من حيث الكيف أكثر خطورة

لمضاعفتها ولما تحتاجه من تتبع لفحص قاع العين من حين لآخر وفى فترات منتظمة .

ثانياً : الخدمة الاجتماعية الطبية لمرضى القلب (٢)

- القلب والنشاط الحركى والذهنى :

قد يعتقد البعض اعتقادا خاطئا أنه يجب على مرضى القلب أن يركنوا إلى الهدوء التام وأن يقللوا من كل أنواع النشاط ، فى حين انه كما يرى أطباء القلب ليس أسوأ على الإنسان فى منتصف عمره ، سواء أصيب بالنوبة القلبية أو لم يصب بها ، من أن يتوقف عن نشاطه وأن يتحول مرة واحدة من حياة الحركة والإنتاج إلى حياة الخمول والركود . [وفى تقرير للدكتورين روزنبوم وليفاين ، عن مصير (٣٤٥) مريضا شفوا من النوبة القلبية أن (٣٠%) منهم رجعوا إلى أعمالهم الأصلية كاملة ، وان (٥٥%) رجعوا إلى أعمالهم جزئيا ، وأن (٢٢%) اضطروا إلى اختيار نوع جديد من العمل أقل إرهاقا من عملهم الاصلى ، وأن (١٣%) فقط هم اللذين أصبحوا فى حاجة إلى الامتناع عن العمل] .

إن العلاقة بين إمراض القلب والنشاط المجتمعى تبرز الحاجة إلى عنصر العمل الاجتماعى الطبى فى هذا المجال ليكون عونا للطبيب والمريض على مسايرة رَكب الساعين فى المجتمع لكسب عيشهم أو ممارسة نشاطهم بعد اتخاذ الاحتياطيات اللازمة التى يوصى بها الطبيب المعالج . ويذكر لنا الدكتور يوجن ب . مورس ،أخصائى القلب الامريكى فى كتابه " الحياة بعد مرض القلب " أن الشفاء بعد مرض القلب قد يكون تاما فى كثير من الحالات ، ثم يستطرد فيذكر لنا العبارات الآتية : " ولكى نوضح مدى الشفاء الذى يمكن تحقيقه بعد الإصابة بالنوبة القلبية نذكر

دراسة قام بها عدد من الأطباء فى مدينة تينسى على مثل هؤلاء المصابين الذين رجعوا إلى أعمالهم بعــد الشفاء . فقد وجد هــؤلاء البــاحثون أن نسبة الوفيات فى المصابين الذين عاشوا ثلاث سنوات بعد النوبة تســاوى تقريبا نفس النسبة بين سكان مدينة تينسى عامة ، والمساوين لهم فى العمر والجنس " .

- **المقصود بأمراض القلب :**

ويجدر قبل التعرض لدور الاخصائى الاجتماعى الطبى فى معاونة مريض القلب على تنفيذ خطة العلاج التي يقررها الطبيب ليتمكن مــن أن يحيا حياة مريحة ومنتجة ، وان يقوم بالأعمال التى تسمح بها هذه الخطة أن نورد نقلا عن المصادر الطبية الموثوق بها نبذة عن أمراض القلــب . فهناك أنواع كثيرة من هذه الإمراض ، ولو أن أكثرها انتشارا هــو ذلــك النوع الناتج عن أسباب آلية "ميكانيكية" ، فــالمعروف أن غــرف القلــب تفصلها صمامات تفتح وتقفل مع كل ضربة قلب . وتفتح هذه الصــمامات على أخرها حتى تسمــح باندفاع الدم خلالها بدون أى صعوبة ، ثم تقفــل بإحكام حتى لا يتسرب الدم ثانية فى اتجاه مضاد .

وفى مرض القلب الشائع تصاب هذه الصمامات فلا تقوم بوظيفتهــا بطريقة متكافئة ، فإما إنها لا تنفتح إلى نهايتها ، أو أنها لا تقفل بإحكام . ويضطر القلب نتيجة لذلك أن يزيد من عملــه لتعــويض هــذا الــنقص المستمر .

أما حالات النوبة القلبية فيرجع السبب فيها إلى مرض فى الشــريان الذى يغذى القلب نفسه ، وهو الشريان الاكليلى الذى يمكن تشبيهه بشــبكة أنابيب المياه التى تغذى احدى المدن ، فإذا ما انسدت أنبوبة صغيرة مــن

هذه الشبكة انسدادا كاملا بحيث ينقطع تدفق الدم بجزء صغير من القلب كانت تغذيه هذه الأنبوبة تعرض القلب للإصابة بالنوبة القلبية .

وتحدث الذبحة الصدرية نتيجة حرمان مفاجئ لقطاع صغير من عضلة القلب من قدر كاف من الأكسجين ، وتتغذى عضلة القلب بهذا الأكسجين بواسطة فروع الشريان الاكليلى متأثرة فى ذلك بنوع العمل أو النشاط الذى يقوم به المرء . فان كان الشخص مستريحا أو نائما فان كمية الدم تبلغ حدها الأدنى ، ولكن إذا قام بمجهود احتاج إلى كمية اكبر ، ولذلك يجب على القلب أن يزيد من نشاطه حتى يتمكن من دفع هذه الكمية الزائدة ، ويحدث نفس الشيء عندما تثور أعصاب الإنسان أو يضطرب لسبب ما ، ذلك أن المخ يتطلب حينئذ كمية كبيرة وعاجلة من الدم . وفى كلتا الحالتين تتفتح جميع فروع الشريان الاكليلى بما فى ذلك أدق الشعيرات حتى تسمح للدم الزائد أن يسرى خلالها . فإذا لم يتمكن أحد فروع الشريان الاكليلى لسبب ما من التفتح فان القطاع الصغير من عضلة القلب الذى يغذيه هذا الفرع بالذات سيحرم من القدر الكافى من الأكسجين، ويسبب هذا الحرمان من الأكسجين ألما فى الصدر ، وهذا هو سبب حدوث الذبحة الصدرية .

وهناك حالات أخرى تدخل فى نطاق أمراض القلب لا يتسع المجال لسردها كحالات روماتيزم القلب التى كثيراً ما تكتشف لدى صغار السن لمضاعفات لأمراض أخرى .

- **دور الأخصائى الاجتماعى مع مرضى القلب :**

من أنسب الطرق فى مجال الخدمة الاجتماعية الطبية مع مرضى قسم القلب فى المستشفى الوصول إلى ما يطلق عليه بعض أطباء القلب "

بالاعتدال فى كل الأمور" بما فى ذلك النشاط البدنى والذهنى ، ويمكن للاخصائى الاجتماعى الطبى أن يسهم فى الوصول إلى مثل هذه الغاية بجهود يقوم بها على ضوء طبيب القلب المعالج ، وفيما يلى بعض الخطوات التى يشتمل عليها عمل الأخصائى الاجتماعى الطبى فى هذا المجال : (٣)

١- معاونة مرضى القلب على التكيف النفسى وتخفيف حدة التوتر والفزع

إنه من المألوف ومن الطبيعى أيضا أن نجد كثيرين من مرضى القلب، وخاصة من كان منهم حديث الإصابة وهو فى عنفوان صحته، يتملكهم القلق الشديد بسبب النظر إلى المستقبل أو التفكير فى الالتزامات الأسرية والمهنية والمالية ، ويستطيع الاخصائى الاجتماعى الطبى أن يعيد الثقة إلى مثل هؤلاء المرضى بتفهيمهم مثلا وبدون مغالاة فى أن معظم المرضى الذين استجابوا لخطة العلاج الطبى قد تمكنوا من العودة إلى مزاولة نشاطهم السابق .

والمساعدات الاجتماعية والمعاونات الأخرى التى تحتاجها بعض حالات من المرضى يعين على توفير الراحة الذهنية لهم ، ذلك أن تقليل البلبلة التى يزخر بها فكر مريض القلب تحول اهتماماته إلى أشياء أخرى ، وهو اتجاه مرغوب من الطبيب المعالج لأنه يعمل على مزيد من التكيف النفسى ، كما يعمل على استرداد المريض لأحاسيسه بمعنى الحياة وجدوى النشاط فى حدود خطة العلاج الطبى الاجتماعى .

ومن الأمور التى لها أثرها أيضا فى هذه الناحية تنظيم اتصالات المريض بذويه وأصدقاؤه ، حيث أن هذا الاتصال ضرورى لرفع روحه المعنوية . ولكن فى بداية المرض وتبعا لتوصيات الطبيب المعالج يستطيع

الاخصائى الاجتماعى الطبى اتخاذ الاحتياطيات اللازمة التى لا تجعل زيارة المريض أو الاتصال به مدعاة لإرهاقه أو إثارته .

٢- تتبع المريض وتوعيته فيما يتعلق بمقدار النشاط الذى يمكنه أن يقوم به وفق تعليمات الطبيب فى هذا الصدد . وهناك قياس دقيق قام به نخبة من العلماء لكمية الطاقة التى يمكن ان يبذلها مريض القلب فى شتى مناشط الحياة فى المنزل والمصنع والمكتب والترويح وغير ذلك ، وإن تتبع المريض بعد خروجه من المستشفى لفترة من الزمن وضمان تردد اولئك المرضى الذين يوصى الطبيب المعالج بترددهم لفحصهم دوريا من المسائل التى لها أهميتها فى الوقاية من المضاعفات وفى تحقيق قدر وافى من الشفاء .

٣- معاونة المريض على التكيف المجتمعى وذلك بتهيئته للعودة إلى عمله وعادة يتمكن الفرد من الرجوع إلى عمله بعد مرور مدة تتراوح بين شهر أو ثلاثة اشهر يقضيها فى المنزل بعد خروجه من المستشفى، ويستحسن أن يقوم الاخصائى الاجتماعى الطبى بزيارته خلال هذه الفترة التى تعد بمثابة فترة نقاهة له يجدر أن يتبع فيها البرنامج الموضوع بمعرفة الطبيب المعالج . ويستطيع الاخصائى الاجتماعى الطبى خلال هذه الفترة أن يغذى رغبة المريض فى الرجوع إلى عمله ثانيا ، وذلك بزيادة اتصالاته بالعالم الخارجى وبمساعدته فى ترتيب خططه وتنظيمها بشأن العمل فى المستقبل .

٤- الإسهام فى الخطوات التأهيلية التى تمكن مريض القلب من ممارسة نشاطه السابق أو نشاط آخر يتفق مع ظروفه الصحية وفق خطة العلاج الطبى الاجتماعى التى أقرها الطبيب المعالج . ولقد أظهرت

اختبارات عدة (استعملت فيها مقاييس مثل رسم القلب الكهربائى وقياس ضغط الدم وغيرها) أن قلوب مرضى القلب تتحمل أعباء وظائف مختلفة بكفاءة وبنفس المستوى الذى تتحمله قلوب الأصحاء ، مما أدى إلى أن يقوم أكثر من أخصائى للقلب "ليس من المستغرب أن يفضل معظم مرضى القلب العمل فى وظائفهم على البقاء فى منازلهم" وفيما يلى بعض الأسس والقواعد التى يجدر مراعاتها فى تأهيل مرضى القلب أو أعادتهم لأعمالهم السابقة :

(أ) المرضى الذين يتقرر عودتهم لأعمالهم السابقة بعد انتهاء فترة النقاهة يراعى بشأنهم توصيات الطبيب التى من بينها تجنب الإرهاق والتوتر سواء فى كيفية الوصول إلى مكان العمل أو أثناء تأديته ، مع الاهتمام بالتغذية الصحية المنتظمة بلا تعجل ، وخاصة بالنسبة لمرضى روماتيزم القلب .

(ب) أما المرضى الذين لا تصلح أعمالهم السابقة لكى يعودوا إليها ، لأنها عنيفة أو تعرضهم للإرهاق الشديد ، فيمكن السعى التأهيلى لوضعهم فى أعمال أخرى أكثر مناسبة لهم ، كأعمال الحسابات والاستعلامات وما ماثل ذلك من المهام التى لا تتطلب جهدا تسوء به حالة المريض ، وقد يتطلب الأمر الاستعانة بمراكز التأهيل للتوجيه والتدريب تمهيدا للإلحاق بالعمل المناسب والتتبع بعد ذلك.

(ج) الناقهون من روماتيزم القلب فى سن الدراسة يمكنهم الاستمرار فى دراستهم الهادفة مع التخفيف من إرهاقهم أو إجهادهم بالمناشط الحركية العنيفة كبرامج التربية الرياضية العادية ، وفى نفس الوقت

يراعى توفير الراحة الذهنية لهم بمعاملتهم معاملة عادية بعيدة عن مثيرات التوتر أو الإحباط .

٥- الاهتمام بالحالات التى تقرر بقاؤها لفترة طويلة بالمنزل ، سواء من أجل العلاج أو بسبب التقاعد . وذلك بالعمل على تنظيم النشاط الترفيهى والإمداد بالمساعدات الاجتماعية التى يسفر عنها البحث الاجتماعى ، وفى مثل هذه الحالات نلجأ إلى تشجيع المريض على ممارسة هوايات أخرى تسد فراغه وتحل محل عمله المعتاد منعا من الملل والسآمة وتجنبا لتوتر الأعصاب وما ينتج عن حياة الركود من نتائج غير مرغوب فيها بالنسبة لمريض القلب .

ثالثاً : الخدمة الاجتماعية الطبية لمرضى الجراحة والعظام فى حالات البتر والاستئصال المؤدية إلى الإعاقة : [٤]

من المجالات العلاجية الهامة فى المستشفيات حالات الجراحة والعظام التى يكون التدخل الجراحى فيها أمرا محتما لإنقاذ المريض ببتر أحد أعضائه . ويحدث مثل هذا الأمر للمرضى فى أى عمر من الأعمار ابتداء من الطفولة حتى الشيخوخة .

ولا شك فى تأثير عامل السن وعوامل أخرى ، منها أهمية العضو الذى ستجرى فيه الجراحة لدى المريض وأسرته والمعنيين بأمره ، فمن كان فى مقتبل العمر مثلا تكون ظروفه وشخصيته المرضية غير المسن الذى رؤى إجراء الجراحة له كإجراء وقائى لإنقاذ حياته بعد إصابة أحد أعضاءه باعتلال خطير قد يؤدى إلى الوفاة إن لم يبتر هذا العضو . هذا فضلا عن حساسية دور العضو بالنسبة للمريض الذى هو إنسان قبل أن يكون مريضا ، فاستئصال العين أو الثدى أو الأعضاء التناسلية وجراحات

المخ والقلب والكلى وبتر الساق أو الذراع يكون لها عادة من الآثار النفسية والتوقعات المجتمعية ما يصل ببعض المرضى أحيانا إلى رفض إجراء الجراحة دون تعليل منطقى لذلك ، ولكن مما لا شك فيه أن هناك دوافع كامنة فى مثل هذه الحالات تدفع هؤلاء المرضى ، كالخوف والقلق على المستقبل بعد إجراء الجراحة ، ويربط بعض العلماء أمثال مالف وهارت بين العوامل التكوينية والأهمية الوظيفية للعضو وبين مضاعفات القلق النفسى التى تظهر على المرضى المطلوب إجراء جراحات البتر الحساسة فى أحد أعضائهم كالعين أو الساق أو غيرهما من الأعضاء التى لها وظائفها الخاصة ، وكثيرا ما تقترن المخاوف المصاحبة للبتر أو التفكير فيه بما يسميه علماء الطب النفسى بعقدة الاخصاء ، وليس غريبا فى ذلك أن نجد تماثلا بين أعضاء تبدو بعيدة الارتباط عن بعضها فى هذه الناحية كالعين والساق مثلا ، فإذا كانت العين تستبدل شعوريا ولا شعوريا لدى بعض المرضى فأعضاء التناسل فان الذراع أو الساق هى الأخرى تحدث نفس التأثير .

ومن المخاوف الأخرى المصاحبة للجراحات الكبرى ما يدور بخلد المرض وأسرهم فى كثير من الأحيان من أوهام وظنون بخصوص "غرفة العمليات " وما يمكن أن يترتب على الاستسلام لها من نتائج قد يكون الموت إحداها وخاصة إذا كانت هناك ثمة تجارب واقعية أو مبالغ فيها بهذا الخصوص وبالمعاملة التى ينتظر أن يجدها المريض فوق "منضدة العمليات" وبعدها ، ويزداد مثل هذه الشعور وتتضخم مثل هذه الأوهام إذا كانت المستشفى مجانية وكانت الجراحات تجرى دون مقابل وعن طريق يعرفه المريض ولم يسبق له التعامل معه .

ويعد رقاد المريض الذى له جراحات البتر لزمن طويل بالمستشفى أو بالمنزل من بين الأسباب التى تثير لديه ولذويه ، لأن معنى ذلك توقفه عن العمل أو التحصيل فى أى صورة من الصور كما أن معنـاه أيضـا توقف مصدر تكسبه لفترة من الزمان إذا كان من الكادحين ، وانه خـلال هذه الفترة سيصبح عالة على غيره .

وقد يتضاعف التأثير النفسى لمثل هذه الحالة لديه تبعـا لمسـئوليته الأسرية والتزاماته الأخرى ، وقد يصل به الأمر أحيانا لدرجـة الرغبـة الملحة فى إعفائه من العملية الجراحية .

هذا ولا تقتصر مشكلات الجراحات الكبرى على مـا تحدثـه مـن مخاوف وصدمات عصبية تختلف فى شدتها باختلاف الإصابة ، بـل أن هناك صعوبات وعراقيل تحتاج إلى حلول . فمشكلة عدم توافر إمكانيـات الاستشفاء المؤسسى ، أى وجود المستشفى الذى يستطيع أن يدبر سـريرا وعلاجا جراحيا ، وكذلك المؤسسة أو الهيئة التى تقدم الخدمة التأهيلية فيما بعد ، يترتب عليها عرقلة إجراء الجراحة فى الوقت المناسب ، وبالتـالى تفاقم حالة المريض نفسيا وصحيا واقتصاديا واجتماعيا .

- وهناك مشكلات أخرى نذكر منها على سبيل المثال ما يأتى :

١- الصعوبات الناتجة عن النقص فى عدد الأطباء الأخصائيين أصحاب الخبرة الكافية فى بعض أنواغ الجراحات الكبرى سـواء للأعضـاء الحساسة أو العظام أو غيرها .

٢- النقص فى الأجهزة والعدد والآلات الطبية .

٣- المستوى الاقتصادى الذى لا يتيح للكثيرين من المرضى مواجهة نفقات العلاج ومتطلباته وخاصة فى المستشفيات التى تتقاضى أجرا عن مثل هذه الجراحات .

٤- عدم كفاية وسائل الرعاية الاجتماعية اللازمة للمريض والتى تختلف باختلاف ظروفه ، فالرعاية المطلوبة لصغير يحتاج إلى جراحة تعالج خللا عضويا مولديا (مرض خلقى) ، تختلف بالنسبة لما هو مطلوب لعامل أصيب فى حادث أو بسبب أدائه لعمله ، كما تختلف أيضا بالنسبة لما تقتضيه ظروف شخص كبير فى السن مريض بالبول السكرى ومصاب بجلطة فى الساق فى نفس الوقت .

- دور الأخصائى الاجتماعى مع حالات البتر والاستئصال :

يمكننا أن نلمس من العرض الموجز الذى أوضحناه تباين المشكلات الاجتماعية الطبية التى يواجهها المريض المعرض لجراحات البتر والعظام بتباين الأعمار والظروف البدنية والنفسية والاجتماعية التى تحيط بالإنسان فى كل حقبة يمر بها فى حياته .

ونستطيع لزيادة إيضاح هذه المشكلات أن نصنفها على النحو الآتى:

١- مشكلات يواجهها المرضى فى مرحلة الطفولة والصبا (من الولادة حتى سن البلوغ) .

٢- مشكلات يواجهها المرضى فى سن العمل والإنتاج (من البلوغ حتى مرحلة التقاعد) .

٣- مشكلات يواجهها المرضى المسنون .

ويغلب على المشكلات التى من النــوع الأول الطــابع الخلقــى أو المولدى كما أنها تحدث فى ظروف لا يكون فيها المريض مســئولا عــن التزاماته قبل غيره ولذلك فان حلولها تكمن فى تهيئة الظــروف النفســية والأسرية المواتية ، مع توفير الأجهزة التعويضية وجراحات التجميــل . وهناك حالات يعود السبب فيها إلى حوادث الطريق أو اللعب أو ما قابــل ذلك . وكقاعدة عامة يلزم أن يتاح للصــغير معــاودة اســتئناف نشــاطه التحصيلى مع أقرانه السويين فى مثل عمره إلا إذا ترتب على الجراحة أو الاستئصال عائق له آثار بعيدة المدى إمكانية التحصيل على هذا النحــو ، كما فى الحالات التى يترتب عليها فقدان كلــى للبصر ، فحينئــذ يمكــن اللجوء إلى أساليب التحصيل الخاصة عــن طريــق معاهــد ومؤسســات المكفوفين مثلا .

أما مشكلات المرضى الذين فى سن العمل والإنتاج فكثيرا ما تكون أسبابها إلى حوادث وإصابات العمل وتحتاج إلى التدخل الجراحى لعــلاج بقية العضو المبتور أو المستأصل ، بحيث يصبح صالحا للاســتفادة مــن جهاز صناعى يوفر استغلاله إلى الحد الأقصى الممكن كما كان الحال قبل الاستئصال .

وهناك حالات مرضية تصيب هذه المجموعة من المرضى كما فى حالة مرضى السرطان الذين تستدعى حالتهم أحيانا تدخلا جراحيــا فــى المعدة أو الأمعاء أو الكلى أو القلب . أو استئصال لبعض الأعضاء كالثدى أو الأعضاء التناسلية أو غيرها ، وتكتنف الجراحات التى من هذا النــوع مظاهر شتى من الاضطرابات النفسية والانفعالات وتأجج المشاعر .

وإذا ما بحثنا فى المشكلات الجراحية للمسنين نجد أنها غالبا ما تكون مضاعفات لأمراض أخرى ، كما أن الطابع المميز لها أنها تجرى عادة ورغبة فى إنقاذ حياة المسن من استفحال العلة فى العضو المصاب هذا والملاحظ أنه مع التقدم فى العمل تكون جراحات المسن فى الإطراف السفلى للجسم أكثر منها فى الإطراف العليا ، فالصغار أغلب الجراحات التى تجرى لهم فى الجزء الأعلى من الجسم بينما كبار السن تكون جراحاتهم فى الجزء الأسفل منه .

هذا وبديهى أن تختلف الرعاية الطبية والاجتماعية فى حالات البتر والاستئصال باختلاف شخصية المريض وظروفه ونوع البتر أو الاستئصال الذى حدث له وتوافر الأجهزة التعويضية اللازمة ومدى انتفاعه بها وبصفة عاجلة خاصة يكون اهتمام الاخصائى الاجتماعى الطبى موجها نحو الجوانب الآتية :

١) الحالة النفسية للمريض وهى وثيقة الصلة بتكوينه وظروفه وتتأثر إلى حد كبير بشخصية قبل الحادث او تقرير إجراء الجراحة له كما تتأثر بظروف الإصابة وموضعها ، وهل حدثت فجأة أو جاءت تدريجيا بعد علاج طويل أحدث مفعوله فى نفسية المريض ودرجة تقبله للنتائج الجراحية التى ستحدث له .

٢) تقترن الجهود المبذولة لتوفير التكيف النفسى بعد إجراء الجراحة بالبدء بالتأهيل الطبى أو البدنى ويطلق عليه أحيانا استعادة اللياقة أو القدرة البدنية لتوفير مستوى العادية الجسمية والعضوية للمريض . ونعنى بالعادية القدرة على القيام بالأدوار التى يقوم بها كل إنسان عادى فى حدود القدرات المتبقية ، كالحركة والانتقال ، وتحريك

الايدى وغير ذلك من ضروب السعى والنشاط التى ألفها الإنسان والتى عرفها الناس واعتادوا أن يجدوها لدى الآخرين ويستعان لتحقيق هذا المستوى العادى من التكوين البدنى أو النشاط العضوى لدى المريض بتدابير وجهود فى مقدمتها:-

١) التدريبات الحركية والعلاج الطبيعى .

٢) العلاج بالعمل .

٣) تركيب الأجهزة الصناعية .

وتبدأ مثل هذه التدابير وتلك التدريبات بعد حوالى ثلاثة شهور من التدخل الجراحى بالبتر ، كما أنها تحتاج إلى فترة زمنية لا تقل عن شهرين آخرين للتمكن من استخدام الجهاز الصناعى .

ويجب ألا يغرب عن بال الاخصائى الاجتماعى الطبى صنوف الضغط والإحباط التى يتعرض لها المريض خلال هذه المدة والتى لا شك فى تأثيرها على حالته النفسية والاجتماعية ولذلك يجدر تتبع الحالة وتقديم المساعدات المعنوية والمادية التى تمكنه من اجتياز هذه المرحلة وتقبل نتائجها فى سماحة ويسر واقتناع .

هذا ويقصد بالتدريبات الحركية والعلاج الطبيعى استعمال بعض الأساليب والطرق الطبيعية (بخلاف العقاقير والتدخلات الجراحية) مثل التدليك والتدريبات الرياضية لمساعدة المريض على تحسين وظائف العضو المصاب ورفع حالته المعنوية واسترداد أكبر قسط من عافيته ونشاطه . ويلزم البدء بهذا النوع وفق توصيات الطبيب المعالج مبكرا ويستمر حتى يصل المريض إلى أقصى ما يستطيع الوصول إليه من تأدية

العضو لوظائفه ، وذلك عن طريق تقوية العضلات وتنشيط الدورة الدموية والليمفاوية وزيادة الحركة المفصلية وتقليل الإحساس بالألم . وقد يستعان فى هذا الصدد ببعض التدريبات الفردية والجماعية علــى أداء الحركــات الضرورية كالمشى وتسلق السلالم والسباحة وتحريــك "بــدال" الدراجــة وبعض التدريبات الرياضية الأخرى . ومما هو جدير بالذكر أن الطبيــب المعالج هو الذى يقرر أنواع التدريبات والعلاجات الطبيعية المناسبة لكــل حالة ويدخل ذلك ضمن خطة العلاج الطبــى الاجتمــاعى ويجــب عــدم تجاوزها إلا باستشارته وموافقته .

وتقسم الحركات والتدريبات التى ينصح بتعريض المريض لهــا أو تدريبه عليها وخاصة فى حالات بتر الإطراف ، على النحو الآتى :

١- تدريبات فردية يقوم المريض بها بمفــرده كالحركــات الرياضــية المختلفة (مثلا الألعاب السويدية وغيرها من الألعاب الأخرى) .
٢- تدريبات بمعاونة ، أى لا يقوم بها المريض بمفرده ، وإنما بمعاونــة اخصائى العلاج الطبيعى أو بواسطة أجهزة مساعدة تمكن المــريض من القيام بالتدريبات المطلوبة . وأحيانا يلجأ إلى القيــام بمثــل هــذه التدريبات بمعاونة وسط مائى كما فى حالة القيام بأدائها تحت المــاء الذى يعمل على تخفيف وزن العضو المصاب (كالساق أو الســاعد) فيسهل على المريض تحريكه .
٣- تدريبات بمقاومة : ويهدف هذا النوع من التدريبات إلى زيادة قــوة العضلات ، أو أن يضطر المريض إلى استخدام الطرف أو العضــو السليم للضغط على الطرف أو العضو المراد تمرينــه ، أو بواســطة

الشد على سلك زنبرك قوى مثل "الصاندو" أو بالشد على ثقل مدلى من بكرة معلقة .

ومن الجوانب الهامة الأخرى فى العلاج الطبيعى " التدليك" وهو كالتدريبات على أنواع مختلفة منها :-

١- التدليك بالمسح : وفى هذا النوع من التدليك يكون التدليك متصفاً " بالمركزية " ، أى أنه يبدأ فى الأطراف ويتجه مركز الجسم ، وهدفه دفع السائل الليمفاوى نحو الغدد الليمفاوية للعضو ، ويستخدم عادة بعد رفع الجبس من على العضو المصاب لتحسين حالة الجلد . ويمنع إجراؤه فى حالات الدوالى الوريدية وحالات شلل الأطفال فى الشهر الأول من المرض .

٢- التدليك بالضغط : ويشمل العصر والتدليك الدائرى وهدفه عصر العضلات ويفيد فى تغذية العضلات الضعيفة والضامرة كما يفيد فى حالات أخرى كانتفاخ البطن . ويراعى عدم إجرائه فى الإصابات المبكرة والمواضع غزيرة الشعر .

٣- التدليك بالنقر : أى بطريقة الضرب الخفيف ويهدف إلى تنبيه الأنسجة العميقة كالأعضاء الداخلية والأعصاب ، ولا ينصح الأطباء بالقيام به فى حالات زيادة الحساسية والتشنج .

٤- التدليك الاهتزازى : ويستخدم خاصة فى حالات الأمعاء والمعدة لتنشيط الخلايا بهذه الأعضاء وينصح باستخدامه كذلك فى حالات الأطراف .

هذا ويرى الجراحون وأخصائيو العظام أن هناك حالات يجب الامتناع عن استخدام التدليك فيها وهى الحميات وأمراض الجلد وحالات تخثر الدم داخل الأوردة لتجنب انفصال الجلطة الدموية وذهابها للقلب حيث تشكل خطورة كبيرة على حياة المريض .

ومن أنواع العلاج الطبيعي الأخرى ما يأتى :

(أ) العلاج الحرارى .

(ب) العلاج الكهربائى .

(ج) العلاج المائى .

أما بخصوص العلاج بالعمل فهو تدبير علاجى فكرى أو حركى يصفه الطبيب وينفذ بإشراف فنى يهدف إلى توفير التكيف النفسي ولكى يكون مساعداً ومكملاً للعلاجات الطبيعية السابق الإشارة إليها ، كما فى حالات الاضطرابات النفسية أو حالات إعادة تمرين وتدريب المرضى المصابين بشلل جزئى فى اليد أو تيبس فى المعصم . ولهذا النوع من النشاط العلاجى دور هام فى التأهيل ، ويشترط فيه كما قدمنا أن يكون هدف معين ضمن العلاج بالعمل ، فانشغال المريض فى عمل من الأعمال أو إسهامه فى النشاط الترويحى لمجرد التسلية أمور لها أهميتها ولكنها لا تدخل فى نظام العلاج بالعمل ، أما العلاج بالعمل فلابد أن تكون له وظيفة علاجية منبثقة من خطة مرسومة لمواجهة متاعب محددة ناجمة عن الإصابة أو المرض .

ويمكن تقسيم الحالات التى تستفيد من العلاج بالعمل تبعاً لطبيعتها إلى حالات نفسية وحالات فسيولوجية أو الاثنين معاً ، ولهذا السبب نرى

أن أهم أغراض العلاج بالعمل هو استعادة الوظيفة العضوية فضلاً عـن تحقيقه لأهداف نفسية أخرى من بينها ما يأتى :

(أ) عن طريق العلاج بالعمل يتسنى مواجهة حالات الاكتئاب والقلق التى تنتج عن المرض أو بسبب قضاء فترة طويلة تحت العلاج.

(ب) يعد العلاج بالعمل بمثابة عامل مساعد للعلاج الطبيعى وذلك بإتاحـة الفرصة لتمرين وتدريب بعض الأعضاء خصوصاً فى حالات الشلل والعظام والأمراض المزمنة والمستعصية .

(ج) فى كثير من الحالات يعد العلاج بالعمل كخطوة تحضيرية للتـدريب والتشغيل فيما بعد .

(د) يساعد العلاج بالعمل على رفع الروح المعنوية للمريض وتمكينه من التقدم نحو الشفاء كما فى حالات المرض العقلى والأمراض الصدرية وأمراض القلب والدورة الدموية وغيرها .

وبديهى أن تختلف المناشط المتبعة فى العلاج بالعمل باختلاف نوع المرض وطبيعته ، ولكنها تتفق فى كونها جميعـاً مـن النـوع المحبـب البسيط، مثل النسيج اليدوى والتطريز والمصـنوعات الجلديـة والفنـون الجميلة والهوايات وأشغال الخيزران والقش وأعمال الحـدائق وصـناعة النماذج والتفصيل والحياكة وأعمال التجميع والإصلاح وما ماثل ذلك من الحرف والهوايات المشوقة . ويتوقف أسلوب العلاج بالعمل على أمـور ، منها إمكانيات المؤسسة وشخصية المريض وخبراتـه السـابقة وحالتـه الصحية ، وتوضع مثل هذه الأمور موضع الاعتبار من جانـب الطبيـب والأخصائى الاجتماعى الطبى والأخصائى النفسـي واخصـائى العـلاج

بالعمل قبل تقرير نوع العلاج بالعمل الذى يستعان به فى الحالات التى تتطلب مثل هذه الخدمة .

وفى بعض المستشفيات والمؤسسات الطبية التى تولى موضوع العلاج بالعمل عناية فائقة توجد فروع مختلفة تتبع قسم العلاج بالعمل أهمها ما يأتى :

أولاً : فرع المناشط والهوايات اليدوية التى يتسنى للمريض القيام بها خلال وجوده بالمستشفى أو على سرير المرض .

ثانياً : فرع الحرف اليدوية وهو نموذج مصغر لقسم من أقسام التدريب فى مراكز التأهيل يحتوى على حرف منتجة تلائم حالة نزلاء المستشفى كالنجارة والنسيج والسجاد والرسم وغيرها من الحرف.

ثالثاً : فرع الاختبارات قبل المهنية : وفيه تمارس بعض الاختبارات التى تكشف عن القدرات والطاقات المتبقية والتى تكون عوناً على رسم خطة الإعداد للتأهيل فيما بعد .

رابعاً : الخدمة الاجتماعية الطبية فى الأمراض التناسلية [٥]

تعد الأمراض التناسلية من الأمراض الوثيقة الصلة بالجوانب الاجتماعية والقيمية فى حياة الناس ، ولذلك يحتاج العمل فيها إلى مزيد من اليقظة والانتباه لإزالة مخاوف المرضى من أمور لها اعتبارات في أعينهم ، كخشيتهم من إطلاع الآخرين على أسرارهم . ولذلك فإن كسب ثقة المرضى فى هذا اللون من ألوان العمل الاجتماعى الطبى يكون خير عون للطبيب فى مجال الوقاية والعلاج .

وعند مناقشة الوضع بالنسبة للأمراض التناسلية فى العالم ، تضمن تقرير المجلس التنفيذى للهيئة الصحية العالمية ، أن مرض السيلان ، وهو فى مقدمة الأمراض التناسلية ، قد خرج عن نطاق السيطرة الصحية . وقد جاء فى تقرير المجلس أيضاً أن هناك زيادة أخرى فى نسبة المصابين بمرض الزهرى ، وهى برغم كونها أقل من نسبة الزيادة فى مرض السيلان إلا أننا نستطيع من وراء هذه البيانات أن نستنتج الآتى :

(أ) أنه برغم المستكشفات الحديثة من العقاقير الطبية عالية الفعالية فإن البشرية لم تنجح فى إيقاف هذا المد المتصاعد للأمراض التناسلية .

(ب) أن هناك ظروفاً وعوامل علاقية ومجتمعية ونفسية تلعب دورها فى تفشى هذه الأمراض وانتشارها .

(ج) تدل الإحصاءات على أن درجة التحضر والتعقد لها صلة وثيقة باطراد الزيادة فى حالات الأمراض التناسلية ويتضح ذلك من استعراض النواحى الآتية :

فى عام ١٩٦١ كانت الزيادة فى حالات السيلان بالمملكة المتحدة ١٣,٩ فى المائة عنها فى العام السابق ، وتقدر زيادة أخرى لعام ١٩٧٠ قدرها ٧ فى المائة . وفى الدنمرك وكندا كانت الزيادة تقدر بنحو ١٥ فى المائة فى عام ١٩٧٠ وفى الولايات المتحدة الأمريكية يبلغ عدد حالات السيلان ١,٨ مليون حالة ، وهذا يعنى حدوث ٩٠٠ حالة لكل مائة ألف من السكان وهو ما يعتبره البعض وبائياً . وفى السويد يبلغ المعدل ٤٨٥ حالة لكل مائة ألف نسمة .

هذا ولا توجد إحصاءات ميسرة فى أنحاء أخرى كثيرة من العالم إلا أنه مما لا جدال فيه أن المعدلات فيها مرتفعة وخاصة بين الشباب الأمر الذى يعد نذيراً بضرورة الاهتمام بهذه الأمراض ، وخاصة فى الأمم التى تسعى دائبة لاستكمال تنميتها ، أى الارتفاع بدرجة التحضر فيها كما هو الحال فى بلادنا .

والسيلان والزهرى من الأمراض التى تنتقل أساساً عن طريق الاتصال الجنسى ، وهناك أكثر من ميكروب مسبب للسيلان ، ولكن الغالبية العظمى من هذه الميكروبات من النوع المعروف "بالجونوكوك" وهو مكور ثنائى أى يرى بالمجهر كل مكورين شبه متلاصقين وقد يصيب هذا الميكروب العين أيضاً . أما الزهرى فهو ميكروب حلزونى يسرى فى دم المصاب ويمكن عن طريق الفحص الاكلينيكى المدعم بالفحص المعملى التأكد من الإصابة . والعلاج السريع الحاسم بمعرفة الطبيب يحول دون أزمان المرض التناسلى ، أما الانقطاع عن العلاج بمجرد زوال بعض الأعراض الحادة فإنه مدعاة للإصابة بالمضاعفات مستقبلاً ، فضلاً عما فى ذلك من تعريض للآخرين لخطر انتقال العدوى منهم لغيرهم كانتقالها من المريض إلى زوجة أو نسله .

هذا ولتقرير الشفاء من مثل هذه الأمراض يحتاج الأمر إلى استخدام أساليب دقيقة فى الفحص يمكن إجمالها فيما يلى :

(١) فى حالة مرضى السيلان يلجأ إلى زرع الميكروب على مستنبت مناسب للتأكد من عدم وجود الميكروب الجونوكوكى .

(٢) فى حالة مرض الزهرى يلزم فحص المريض اكلينيكيا ، كما يختبر دمه للزهرى بعد العلاج شهرياً لمدة ثلاثة أشهر . ثم بعد ذلك مرة

كل ثلاثة أشهر فى المدة الباقية من السنة . وفى حالة نهاية السنة الأولى يفحص السائل النخاعى معملياً للزهرى ، فإذا كان سلبياً لا داعى لتكرار الفحص ، وفى السنة الثانية يكرر الفحص الاكلينيكى وكذا المعملى للدم مرة كل ستة شهور ، فإذا كانت النتيجة كل هذه الفحوص سلبية عد ذلك بمثابة إتمام الشفاء من المرض .

- **دور الأخصائى الاجتماعى الطبى فى الأمراض التناسلية :**

واضح من العرض السابق الموجز عن الجوانب الحضارية والمجتمعية والنفسية المتغلغلة فى ثنايا المرض التناسلى انتشاراً وتشخيصاً وعلاجاً ، ولذلك فإن الثقة فى مدى العون الذى يمكن أن يلقاه الطبيب المعالج من قسم الخدمة الاجتماعية الطبية فى هذا المجال تكاد تكون مؤكدة ، وعلى سبيل المثال فيما يأتى :

١- توفير جو الثقة للمريض للتجاوب مع خطة العلاج الطبى التى قد تستغرق زمناً طويلاً يرنو فى بعض الحالات على سنتين .

٢- إفهام المريض وتوعيته بحقيقة المرض وبالنتائج التى تترتب على عدم مواصلة العلاج .

٣- العمل فى لباقة وحرص فى محيط الأسرة والمخالطين لاستئصال شأفة المرض وضمان عدم انتقال العدوى للآخرين .

٤- التوعية الجنسية التى تنير الطريق أمام بعض المرضى وتحول بينهم وبين تكرار الإصابة بالمرض .

٥- حل المشكلات الأسرية وتذليل الصعوبات الاقتصادية والعقبات الأخرى التى تتصل بالمرض أو تعترض سبيل تحقيق الغاية المرجوة من العلاج الطبى وهو الشفاء التام .

٦- معاونة الطبيب المعالج بوضع صورة واضحة عن حالة المريض من واقع البحث الاجتماعى توضح نشأة المرض وملابساته واتجاهات المريض حيال الخطة الموضوعة لعلاجه وعلاج بعض أفراد أسرته أيضاً .

٧- اتخاذ التدابير التى تعين على تمتع المريض مستقبلاً بحياة لا تدعو للانغماس فى مسببات المرض التناسلى كتنظيم شغل أوقات الفراغ لبعض المرضى وتشجيعهم على ممارسة مناشط ترقى بنزواتهم وتكبح جماح شهواتهم .

٨- الإشراف على تحويل المرضى المصابين بمضاعفات الأمراض التناسلية على أقسام المستشفى الأخرى التى تعنى بهم .

٩- وفى حالات العلل والأمراض التناسلية الأخرى كعدم القدرة على الإنجاب أو الرغبة فى تحديد النسل يعمل الأخصائى الاجتماعى الطبى ، بعد أخذ رأى الطبيب ، على الاستفادة من الموارد الموجودة فى البيئة لهذا الغرض وفى مقدمتها أجهزة تنظيم الأسرة ورعايتها .

١٠- العمل على إعادة التكيف النفسي لبعض الحالات ومساعدة ذويها على تخفيف الضغوط والانفعالات المترتبة على حالتهم المرضية ، وإشعارهم بجدوى العلاج ونتيجة المرجوة .

خامساً : دور الخدمة الاجتماعية لمرضى الصدر: (٦)

يعد الدرن أو السل كما يطلق عليها أحياناً من الأمراض التى تصيب أكثر من جزء فى جسم الإنسان ، ولكن إصابة الرئة به هى الأكثر شيوعاً وخاصة عند من هم فى مقتبل العمر وفى سن العمل والإنتاج . ومن هنا يبرز لنا جانب هام من اجتماعية هذا المرض وكذلك مدى الحاجة فيه إلى العمل الاجتماعى الطبى حيث تتداخل العوامل الاجتماعية مع العوامل المرضية ، لا من حيث أسباب الإصابة به فحسب بل من ناحية علاجه وإيقاف خدته وخطورته أيضاً.

والسل الرئوى مرض معد ينتقل من إنسان مريض لآخر سليم بطرق عدة أهمها الاستنشاق ، ويحدث ذلك إما باستنشاق الهواء الملوث بميكروب الدرن المتطاير من بصاق المريض بعد جفافه ، أو باستنشاق الرذاذ المتطاير من حلق المريض أثناء تنفسه أو عند الكلام أو السعال . وقد تحدث العدوى عن طريق البلع بتناول أغذية ملوثة ميكروب الدرن من تداولها ببعض المرضى ، كما أن ذلك يحدث أيضاً بتناول ألبان من أبقار أو جاموس أو ماعز مرضى بالدرن ، أو لحوم مصابة به أو استعمال أوانى وأدوات المرضى . ولا تقتصر الإصابة على الجهاز التنفسى فهناك أنواع أخرى من الدرن تصيب الغدد الليمفاوية أو الجهاز الهضمى كسل الأمعاء أو البريتون ، كما أن هناك الدرن الذى يصيب العظام . وتوجد تقديرات شتى لمدى انتشار المرض وخاصة فى البيئات المتحضرة ، وبعضها يؤكد أن نسبته لا تقل فى مثل هذه المجتمعات عن أربعة فى كل ألف من السكان ، وإذا أخذنا بمثل هذا التقدير نستطيع أن نقرر بأن عدد المصابين به فى بلادنا لا يقل عن ١٥٠,٠٠٠ شخص .

وعلاج الدرن الرئوى بالمصحات والمستشفيات قد يجمع فيه بين التدخل الجراحى وبين العلاج الطبى المماثل لما هو متبع فى الأمراض الباطنية الأخرى ، ولكن فى كلتا الحالتين لابد من توفير المناخ الاجتماعى النفسي الملائم الذى بدونه تضيع الجهود العلاجية سدى ، ويبدو ذلك من استعراض التوصيات والتوجيهات الطبية الآتية فى حالات مرضى الدرن الرئوى :

١- استجابة المريض واقتناعه بخطة علاجه ووقاية غيره فى نفس الوقت، إن المخالطة الشخصية له واستعمال أدواته تعمل على استفحال المرض مجتمعياً .

٢- تخفيف حدة الاضطرابات الانفعالية والقلق النفسي والتوتر العصبى التى كثيراً ما تكون مصاحبة للمرض . فإنها تؤدى إلى إنهاك قوى المريض وتعرقل الجهود العلاجية المبذولة لشفائه .

٣- الانتظام فى العلاج والركون إلى الراحة مع توافر الغذاء الكافى وسبل الإقامة الصحية .

٤- العمل على زيادة المقاومة ومكافحة الظروف المجتمعية التى تعمل على إضعافها ، وفى مقدمتها سوء الحالة الصحية والاجتماعية ، ويتجنب التعرض للعوامل المهيجة للرئة وخاصة بالنسبة لمن تضطرهم طبيعة عملهم التواجد فى الأماكن التى ينتشر فيها الغبار المحاجر والمناجم وبعض الصناعات المتربة .

٥- التطعيم ضد الدرن كسبيل من سبل الوقاية وضرورة الإقبال عليه.

- **اختصاصات الأخصائى الاجتماعى كما حددتها وزارة الصحة:[٧]**

حددت وزارة الصحة اختصاصات وواجبات الاخصائى الاجتماعى الطبى فى ميادين الخدمة الاجتماعية طبقا لقرار وزارة الصحة رقم ٣٥١٥ لسنة ١٩٧٠ بتاريخ ١٩٧٠/١٢/٩ ، بشأن إصدار دليل العمل الادارى الإدارة الخدمة الاجتماعية الطبية جاء فيها ما يلى :

"يعتبر جهاز الخدمة الاجتماعية بالوزارة بحكم تكوين أفراده وطبيعة عملهم ودراستهم وتأهيلهم أكثر الأجهزة اتصالا بالجمهور وتفهما لرغباته والالتحام معه وكسب ثقتهم بحيث يستهدف جوهر العمل الاجتماعى بوحدات الوزارة ما يأتى" :

١- التعرف على آراء ومشاكل الجماهير المنتفعة بخدمات الوزارة واتخاذ الخطوات اللازمة لحلها .

٢- أن يكون موصلا جيدا لما تريده الوزارة أن تصل به إلى الجماهير وذلك عن طريق :

أولاً- اعتبار العمل الاجتماعى وثيق الصلة بالجماهير مع المرضى بالأقسام الداخلية وفى العيادات الخارجية وأثناء الزيارة وهدفه الأول حل مشاكل المرضى الاجتماعية والمسببة أو الناجمة عن المرض أو الإصابة .

ثانياً- الأخذ بمبدأ ربط الخط السياسى بالعمل الاجتماعى والتحرك الدائم وخاصة فى المستشفيات العامة ، والتوعية باعتبار الاخصائى الاجتماعى يعمل فى المستشفيات على المستوى المحلى سواء أكان هذا عن طريق عمل استفتاءات ، ومقابلات شخصية أو حضور

الندوات السياسية التى تعقدها الأجهزة السياسية ، أو عقد اجتماعات للعاملين ، أو صندوق الشكاوى ، وما إلى ذلك من أساليب وقياس اتجاهات الرأى العام .

ثالثاً- اعتباره عاملا من عمليات تنظيم المجتمع عن طريق المجالس المحلية بالمستشفيات العامة ، كمجالس الإدارة ومجلس الخدمة الاجتماعية ، والعمل على تنمية النشاط الاهلى والمساهمة فيه كجزء هام من موارد البيئة لصالح جماهير المترددين على الوحدة .

رابعاً- أن تكن القوانين التى كفلتها الدولة لتأمين أفرادها محورا للعمل الاجتماعى المتطور لقوانين التأمينات الاجتماعية ، والصحية، وقوانين العمل والضمان الاجتماعى وما إليها .

- **الاختصاصات العامة للأخصائى الاجتماعى فى كافة القطاعات :**

١- استطلاع رأى الجماهير المنتفعة بخدمات الوحدة ، والاشتراك فى دراسة المشاكل الاجتماعية التى قد تطرأ على المرضى والعاملين بها، والعمل على إيجاد الحلول المناسبة لها عن طريق :

(أ) أن يتواجد الاخصائى الاجتماعى فى العيادة الخارجية للوحدة فضلا عن تواجده بأقسام الاستقبال وسط المترددين عليها لتسهيل مهمتهم فى الحصول على الرعاية الطبية فى سهولة ويسر دون معاناة ، ولحل المشاكل اليومية التى تنجم عن اتصال الجمهور بالمستشفى .

(ب) وضع صندوق الشكاوى أو الرغبات ، يكون مفتاحه مع الاخصائى الاجتماعى ويتم فتحه دوريا (حسب ما تقضى به التعليمات) ويتم تسجيل جميع ما ورد فيه وتفريغه ، وحل ما يمكن حله من هذه

المشاكل على مستوى الوحدة ورفع مستوى ما يحتاج الـى مسـتوى أعلى .

(ج) أن تعد استمارة استفتاء على عناصر الخدمة التى تؤديها الوحدة تملأ بمعرفة الاخصائى الاجتماعى لعينات من المرضـى الـذين يتقـرر خروجهم ، وتجمع هذه الاستمارات ويتم تفريغها وتبويبها ، وتحليلها بصفة دورية ، لتكون مؤشرا جماهيريا بالنسبة لخدمات كل وحدة .

(د) أن توضع خطة عمل مشتركة بين أجهزة الخدمة الاجتماعية بالمناطق والوحدات وبين الجهاز السياسى بالمنطقة ، وذلك بالاتفاق مع أمانـة المحافظة بحيث يكون الأساس فيها هـو التعـرف علـى المشـاكل الجماهيرية والتعاون على حلها بالحلول الذاتية بالاسـتعانة بجميـع موارد البيئة من نشاط أهلى ، إلى أجهزة حكومة قائمة ، إلـى غيـر ذلك مما يمكن الاستفادة به فى خدمة المريض وأسرته.

(ه) الاستفادة بالنشرات التى تعد بمعرفة الإدارة العامة للإعلام والثقافـة الصحية بالوزارة ، والتى تستهدف تبصير الجمهور وتعريفه بخدمات الوزارة ، وكذلك بمختلف النشرات التى تعد عن طريـق الأجهـزة المختلفة وتخدم نفس الغرض .

٢- أن يكون الاخصائى الاجتماعى بالمستشفى أو بالوحدة الطبية بمثابة رجل العلاقات العامة ، من مهمته أن يتحرك وسط الجماهير داخـل الوحدة وخارجها ، والاتصال الوثيق بجميع المنظمـات الاجتماعيـة والسياسية ، والتعاون الصادق مع العاملين بها فى الخدمات العديدة ، كالتوعية السياسية أو مكافحـة الأميـة ، وتنظـيم الأسـرة ، ودور

الحضانة ، والجمعيات التعاونية بالوحدة ، وغيرها من المشروعات القومية .

٣- تنظيم البرامج الترفيهية وشغل أوقات الفراغ وذلك بإنشاء الأندية المزودة بوسائل التسلية كالتليفزيون ، والراديو ، والألعاب الداخلية، والأشغال اليدوية الخفيفة ، وإنشاء مكتبة تحوى الجرائد والمجلات والكتيبات والنشرات .

٤- الاهتمام بالتوعية بالتنظيم للحفلات السنيمائية والمسرحية والموسيقية وتوزيع المساعدات والهدايا فى المناسبات المختلفة .

٥- الاهتمام بالتوعية فى كافة مجالاتها (الصحية-الاجتماعية-القومية-السياسية - الدينية ... إلخ) الفردية والجماعية سواء عند المقابلة الشخصية ، أو الزيارات المنزلية أو الندوات الثقافية فى المناسبات المختلفة .

٦- القيام بأعمال مقرر مجلس الخدمات الاجتماعية أو اللجان الاجتماعية والمنبثقة عن مجالس المستشفيات أو غيرها فى حدود الاختصاصات والتعليمات الصادرة بشأنها .

٧- نشر الوعى بين العاملين فى الوحدة وعقد الندوات لهم للاستفادة الكاملة من أوجه النشاط الثقافى والاجتماعى والرياضى ، كذلك المساعدات الاجتماعية المتاحة من حصيلة الجزاءات وإجراء البحوث الاجتماعية للعاملين المستحقين لتلك المساعدات .

٨- فتح واستخدام السجلات والاستمارات والمطبوعات الخاصة بالخدمة الاجتماعية ، وإتباع كافة القواعد والنظم المقررة لذلك والالتزام بها .

٩- عمل تقرير شهرى وسنوى عن كافة أوجه الخـدمات والنشـاط الاجتماعى طبقا للنماذج المقررة .

١٠- حصر موارد البيئة للتعرف علـى جميـع الإمكانيـات المتاحـة لتوجيهها لخدمـة الجماهير ، والارتفاع بخدمتها إلى أقصى حـد ممكن، ومنها (وحدات الشئون الاجتماعية – النقابـات المهنيـة – الجمعيات الخيرية – الوحـدات التابعـة للـوزارة – الخـدمات والمؤسسات والهيئات ..إلخ) والاتصال باللجان الصـحية التابعـة للمكاتب التنفيذية للجهاز السياسـى بالمنطقـة وأن يكـون لـدى الاخصائى الاجتماعى دليل مفصل من جميع الموارد .

١١- اتخاذ البحث الاجتماعى وسيلة لحل مشاكل المريض (فى الأسـرة أو العمل أو المدرسة) واعتبار السرية الكاملـة فيمـا يـدلى بـه المريض من مشاكل وأسرار أمرا أساسيا فى عمـل الاخصـائى الاجتماعى ، ولا يتأتى ذلك إلا بتهيئة الإمكانيات المكانية والمادية للمحافظة على هذه السرية .

١٢- القيام بتدريب الفئات التى يوكل إليه تدريبها فى ميـدان الخدمـة الاجتماعية الطبية ، كبعض العاملين فى الميدان الاجتماعى وطلبة معاهد وكليات الخدمة الاجتماعية .

١٣- التعاون مع إدارة الوحدة لحل المشاكل التى يثيرها المرضى أثناء تواجدهم أو ترددهم على الوحدة .

١٤- يعتبر متابعة العمل الاجتماعى من أهم العوامل لنجـاح وإنجـاز جهود الاخصائى الاجتماعى .

وهنا تؤكد أن الاخصائى الاجتماعى الطبى عندما يمارس طريقة تنظيم المجتمع لا يقوم بمعالجة أفراد أو جماعات بل إن دوره العلاجى يتم على مستوى المجتمع (المؤسسة الطبية- المجتمع الخارجى) حيث ينبه المجتمع لوجود قسم الخدمة الاجتماعية الطبية موضحا جهود وخدمات هذا القسم ومحاولة ربط الجمعيات الأهلية والمتطوعين فى محاولة منهم لرفع مستوى الخدمات وتنمية الموارد البيئية والاعتماد على القيادات المحلية فى دعم المؤسسة الطبية أو بعبارة أخرى للعمل على تحقيق أهداف هذه المؤسسة .

ومن أهم أدوار أخصائى تنظيم المجتمع الطبى دوره مع الجهاز الفنى والادارى للمستشفى "التنظيم الذى يعمل من خلاله" حيث يعمل مع المستويات الإدارية المختلفة ويتضح دوره فى مساعدة الإدارة الصحية على المستوى الأعلى والمتوسط على القيام بالأعمال الآتية :

١- توفير النواحى المالية للوحدات الصحية المحلية .
٢- دراسة الحاجات الصحية للمجتمع وكذا إمكانياته للقيام بتخطيط برنامج يواجه هذه الحاجات الصحية ، ويغطى النقص من الخدمات القائمة .
٣- مد الوحدات الصحية على المستوى المحلى بالمساعدات والاستشارات الفنية التى تسترشد بها .
٤- تحديد معايير الخدمة الصحية على المستوى المحلى .
٥- تعيين الأفراد وتدريبهم .
٦- القيام بالأبحاث فى المجال الصحى .

٧- إصدار القوانين واللوائح والقرارات الصحية اللازمة .

٨- تقوية الروابط الصحية الدولية .

كما يتوخى فى البرنامج الصحى على المستوى المحلى تقديم الخدمة الصحية المباشرة للأهالى وخدماتها الصحية الأساسية هى :

١- مكافحة الإمراض المعدية .

٢- صحة البيئة .

٣- رعاية الأمومة والطفولة والصحة المدرسية ورعاية الشباب .

٤- حفظ السجلات .

٥- التربية الصحية .

٦- التمريض الصحى العام .

٧- الرعاية الطبية .

ولا تعتبر أى خدمة صحية محلية شاملة إلا إذا قدمت هذه الخدمات السبع السابقة وإذا كان المجتمع صغيرا فمن الممكن دمج هذه الخدمات فى وحدة واحدة كما هو الحال فى المجتمعات الصحية والوحدات الريفية وإذا كان المجتمع أكبر من ذلك فتقدم هذه الخدمات السبع عن طريق وحدات متخصصة كما هو الحال فى القطاع الحضرى فى مراكز رعاية الأمومة ومكاتب الصحة والمستشفيات المركزية ومكاتب الثقافة الصحية .

وإذا كان المنظم الاجتماعى فى المؤسسة الطبية يهدف إلى تحقيق أهداف هذه المؤسسة ، فإن تحقيق هذه الأهداف يرتبط ارتباطا وثيقا بالجهاز الادارى ، والفنى المتعاون ولذلك يساعد المنظم الاجتماعى الجهاز الادارى من خلال الاعتماد على العناصر الآتية :

١- التخطيط للبرنامج الذى يعنينا إنجازها .
٢- التنظيم للجهاز الذى سيوكل إليه إنجاز البرنامج المخطط .
٣- التعيين للأفراد الذين يشكلون التنظيم .
٤- التوجيه للأعمال المنظمة .
٥- التنسيق بين أعمال ونشاط الأفراد والوحدات .
٦- تقديم التقارير للمستويات الأعلى .
٧- إعداد الميزانية .
٨- تقييم البرنامج .

أولاً- تخطيط برنامج الصحة العامة :

التخطيط خطوة أولى فى عملية أكبر منه ووظيفته إكتشاف الطريق والإعداد لاتخاذ قرار بصدد مشكلة أو للقيام بعمل .

توضيح الخطة كمحصلة لأربعة عوامل أساسية هى :

(أ) الحاجات والمشاكل الصحية .
(ب) الموارد والإمكانيات .
(ج) درجة اهتمام الناس بحل المشاكل الصحية .
(د) الهدف من البرنامج .

- **عملية المفاضلة وإعطاء الاولويات فى التخطيط :**

غالبا ما تكون الموارد والإمكانيات المتاحة قاصرة على مواجهة جميع المشاكل والحاجات الصحية للمجتمع ولذلك يلجأ المخطط الكفء إلى الاختيار بين المشاكل ليختار منها المشاكل التى يبدأ بحلها قبل سواها ، وعملية المفاضلة هذه عملية أساسية تحتاج لمهارة كبيرة وتعتمد على

مبررات ومسببات قائمة تؤخذ فى الاعتبار وتعطى أولويات خاصة فى الظروف التالية :

١- تعطى أسبقية لحالات الطوارئ مثل ظهور وباء أو مجاعة أو خلل فى عمليات مياه الشرب ، أو عمليات تصريف الفضلات .

٢- تعطى أولوية المشاكل التى لا يحتاج حلها لموارد خاصة أى ممكن حلها فى إطار البرامج القائمة فعلا مثل التطعيم ضد السعال الديكى والتيتانوس بإعطاء الطعم الثلاثى بدلا من اعطاء تطعيم الدفتريا فقط .

٣- تعطى أولوية للبرامج التى تغطى عددا كبيرا من الناس فمثلا تعطى أولوية للوقاية من مرض شلل الأطفال عن رعاية الأطفال المتخلفين عقليا .

٤- تعطى أولوية للبرامج التى تكلف أقل اذا كان العائد فى الحالتين متساوياً .

٥- تعطى أسبقية للبرامج التى تحتاج الاتساع لتغطية أكثر من مشكلة فمثلا برنامج مكافحة الملاريا بالمضادات الحشرية قد يكون له تأثيرا على الإمراض الأخرى التى يكون للحشرات نصيب فى انتشارها مثل الطاعون والتيفود والبراغيث والقمل .

٦- تعطى أسبقية للبرامج التى تحتاج التنسيق مع برامج أخرى يجرى إنشاؤها فمثلا إذا كان المجتمع بصدد تخطيط مساكن شعبية فيمكن فى نفس الوقت تخطيط الأعمال الصحية .

٧- يجب أن يعطى المنظم الاجتماعى الأولوية للمشكلات والاحتياجات التى يجمع عليها أفراد المجتمع لفئة دون الأخرى .

أولاً- عملية تخطيط البرامج الصحية :

وتنقسم هذه العملية إلى ثلاث مراحل رئيسية هى :

١- مرحلة البحث والاستقصاء ، وهى مرحلة جمع البيانات .

٢- مرحلة إعداد الخطة وبلورتها ويراعى ما يلى :

(أ) تحديد الهدف والغرض من الخطة الصحية .

(ب) بوضع خطة صحية قصيرة الأجل لمواجهة المشاكل السريعة وخطة طويلة الأجل لحل المشكلة على المدى الطويل .

(ج) وضع القوانين واللوائح .

(د) تنظيم العمل من وحدات وأفراد .

(ه) عملية تمويل البرنامج .

(و) التنسيق بين الخدمات المختلفة فى البرنامج .

(ز) إيجاد وسيلة تساعد على عملية التقييم مستقبلاً .

٣- خطة التنفيذ : وتشمل التفاصيل الدقيقة لخطوات تنفيذ البرنامج مثل:

(أ) تفاصيل الميزانية .

(ب) تحديد تواريخ بدء وانتهاء الأعمال المختلفة .

(ج) إعداد كشوف تفصيلية للتجهيزات.

(د) تفاصيل طريقة تعيين الأفراد .

ثانياً- التنظيم :-

ويشير إلى مجموعة من الأشخاص أو الإمكانيات إذا كانت مرتبة على شكل وحدة متكاملة بحيث تعمل فى انسجام ولتحقيق هدف واحد ، وتطلق عملية التنظيم على :

١- إجراءات تحديد الاختصاصات التى كلف بها الإدارات أو الموظفين.
٢- تحديد السلطة التى تعطى لكل منهم حتى يمكنهم القيام بواجباتهم واختصاصاتهم .
٣- تحديد مسئولياتهم أمام الإدارة الأعلى .
٤- تحديد العلاقات بين الأفراد القائمين فى التنظيم لضمان تنسيق مجهوداتهم فى اتجاه تحقيق الغرض الاساسى من الخطة .

ولتأكيد سلامة البناء التنظيمى يؤخذ فى الاعتبار عدة عوامل :

١- تحديد الوحدات الأساسية – وهى الوحدات التى تحقق هدف المنظمة مثل الطب العلاجى ، الصحة الوقائية .
٢- تحديد مستويات المسئولية والسلطة – أن المستويات التى تؤخذ فيها قرارات إدارية قد يكون هذا المستوى القمى .
٣- تحديد الوحدات المساعدة – أى الخدمات التى تعاون الوحدات الأساسية على القيام بواجباتها على أكمل وجه مثل الوحدات المالية والارشيف .
٤- الترتيب البنائى للتنظيم ويحدده عدة عوامل منها :

(أ) النظام الهرمى.

(ب) المدى الاشرافى الفعال، أى عدد المرءوسين الذين يمكن أن يشرف عليهم رئيس واحد بكفاية سليمة ويتراوح بين ٥،١٤ مرءوس تبعا لنوع العمل وأهميته .

(ج) من الأفضل أن يكون لكل المرءوسين رئيس واحد فى مستوى أدارى واحد ليأخذ المرءوسين اهتماما مساويا من الرئيس .

(د) من المفيد أن تتشابه الأقسام التى تتكون منها المنظمة فى تركيبها مثل مراكز رعاية الطفل أو وحدات الصحة الريفية وهذا يسهل عملية الرقابة أو المتابعة كما يسهل نقل الأفراد بين هذه الأقسام .

(ه) الخرائط التنظيمية وهى رسومات توضيحية تمثل بعض أوجه النظام ومن المهم إظهار وحدة الأوامر فى المرتبة التنظيمية بحيث يكون المرؤوس مسئولا مباشراً أمام رئيس واحد عن طريق فى النهاية إلى رئيس المنظمة الأعلى .

ثالثاً- تعيين الأشخاص الذين يشكلون التنظيم :

ولتحقيق هذه المرحلة يجب تحديد الجوانب الآتية :

١- تحديد الوظائف التى ستملأ .

٢- اختيار الأشخاص لهذه الوظيفة بواسطة :

(أ) الإعلان : ويحتوى على نوع الوظائف والمؤهلات والخبرة المطلوبة.

(ب) الامتحان : (الاختيار الشخصى) لمعرفة معلوماته (شخصيته – صلاحيته) .

(ج) التعين .

(د) تقسيم الأشخاص المعينين .

(ه) التدريب قبل وأثناء الخدمة .

رابعاً- التوجيه :

(أ) عملية التوجيه :

وهى عملية إعطاء الأوامر والتعليمات وهى خطوة أساسية ولابد أن تكون التعليمات :

١- كاملة فى حدود وخبرة وطاقة وإمكانيات الموظف .

٢- كاملة حتى لا تترك سؤالاً فى عقل الموظف ..

٣- يفضل أن تكون كتابية وخاصة إذا كانت موجهة إلى عدد كبير أو تتعلق بمسألة مهمة.

(ب) الإشراف الادارى :

الإشراف هو العلاقة بين الرئيس والمرءوس وهى أساسا عملية تعليم وتوجيه للمرءوسين وليست عملية تلمس الأخطاء أو العقاب ويجب أن يكون هدف الإشراف هو الحفاظ على أعلى مستوى وأرقى كفاءة فى العمل .

خامساً: التنسيق :

هو عملية وضع كل شخص أو وحدة فى مكان بحيث يكمل بعضها البعض .

سادساً : إعداد التقارير :

وهو وضع التقارير الشهرية والسنوية وتقديمها للمستويات الأعلى وهى تعطى صورة واضحة لكيفية سير العمل ونشاط البرنامج .

سابعاً- إعداد الميزانية :

(أ) الميزانية : هى تقدير متوازن بين المصروفات والإيرادات لمدة محددة (سنة مثلا) .

(ب) الحسابات : هى رصيد الأعمال المالية وتجميعها وتلخيصها فى هيئة تقرير مالى .

(ج) المراجعة : التحقق من صحة وقانونية كل الأعمال المالية .

ثامناً : التقييم :

يعرف التقييم بأنه عملية تحديد نتيجة البرنامج من حيث تحقيقه للهدف الذى خطط من أجله وفى التقييم نقيس النتائج التى تحققت وكذلك كتابة الطرق والوسائل المستخدمة فيه .

-**مستويات التقييم** : يوجد ثلاث مستويات.

(أ) تقييم الإغراض من البرنامج .

(ب) تقييم تشغيل البرنامج .

(ج) تقييم نتائج البرنامج .

١- تقييم الغرض من البرنامج :

ويهدف إلى معرفة ما إذا كان الغرض من البرنامج غرضا مقبولا وواقعيا أو غير ذلك .

٢- تقييم تشغيل البرنامج :

ويهدف إلى دراسة ما يلى :

(أ) قياس إمكانيات البرنامج سواء كانت إمكانيات بشرية أو تجهيزات ويكون هذا بالنسبة لسكان أو بالنسبة للعملاء الذين يقوم البرنامج بخدمتهم .

(ب) قياس نشاط البرنامج وهو قياس الأعمال والجهود مثل الزيارات المنزلية أو عدد حالات الكشف التى تمت بالنسبة للإمكانيات مثل عدد حالات الكشف الذى قام بها الطبيب الواحد .

(ج) قياس الأداء : فمثلا إذا أعطيت محاضرة لتنظيم الأسرة لألف من السيدات فهذا ليس يكفى بل يجب أن تعرف كم منهم حضر إلى عيادة تنظيم الأسرة ، ويستعمل وسائل منع الحمل .

٣- تقييم نتائج البرنامج : يهدف هذا إلى قياس ما يلى :

(أ) فاعلية البرنامج :

من أغراض البرنامج مثلا إذا كان الغرض من البرنامج خفض معدل المواليد من ٤٠% فإذا قام البرنامج بخفض النسبة إلى ٣٠% أى خفضت ١٠% بدلاً من ١٥% فان فاعلية البرنامج هى ١٠×١٠٠/١٥= ٦٦,٧% .

(ب) كفاية البرنامج :

يهدف إلى قياس مدى تناسب النتائج مع تكاليف وجود البرنامج .

- طرق التقييم :

١- تقييم بواسطة عملاء البرنامج :

يتم هذا بقياس انطباعات العملاء عن البرنامج مثل استقصاء وأسباب عدم حضور السيدات لمراكز تنظيم الأسرة .

٢-التقييم بواسطة الخبراء :

وهى أكثر طرق التقييم استعمالا ويكون ذلك بتكليف بعض من لهم خبرة فى البرامج المماثلة بالقيام بتقييم البرنامج وفى هذه الحالة يقوم الخبير بمقارنة البرنامج ببرامج مماثلة أو بمعايير يعرفها .

- دور الأخصائي الإجتماعي في بعض القطاعات النوعية : [٨]

أولاً : قطاع المستشفيات العامة :

١- دور الأخصائي في الأقسام الداخلية والخارجية :

(أ) المرور اليومي على مرضى الأقسام الداخلية بالمستشفى واستقبال الحالات الجديدة المحولة من العيادات الخارجية وعمل الأبحاث الاجتماعية الأولية للكشف على الحالات التي تحتاج إلى رعاية اجتماعية خاصة .

(ب) عمل الأبحاث الاجتماعية الشاملة في البيئة للحالات المستحقة للرعاية الاجتماعية الخاصة .

(ج) إجراء الأبحاث الاجتماعية للحالات التي يصرف لها مساعدات مالية أو عينية بالمستشفى والاشتراك في توزيعها على المرضى.

(د) حل المشاكل الخاصة بالمرضى ومساعدتهم على التكيف بالأقسام الداخلية وتقبل النظم المتبعة وإقناعهم بفائدة العلاج وأهمية الانتظام فيه .

(هـ) مقابلة المرضى قبل إجراء بعض العمليات الجراحية وتشجيعهم على قبولها بإزالة أسباب القلق والخوف على مشاكلهم المالية والاجتماعية الممكنة خلال فترة وجودهم في المستشفى .

(و) التأهيل المهني للمرضى الذين تمنعهم حالاتهم من مزاولة مهنتهم الأصلية عن طريق إنشاء أقسام التأهيل المهني أو تحويلهم إلى مؤسسات التأهيل المهني .

(ز) توجيه الحالات التى تحتاج إلى مساعدات مالية أو عينية إلى مؤسسات الرعاية الاجتماعية .

٢- دور الأخصائى الاجتماعى فى عيادة السكر :

حالة السكر تتأثر وتؤثر بدرجة كبيرة فى الإنتاج وليس على المريض فقط لذلك يجب إتباع الآتى :

١- بحث جميع الحالات من الوجهة الاجتماعية بحثاً مفصلاً .

٢- تتبع الحالات للتأكد من الاستمرار فى نظام العلاج الغذائى وحصر من تحسنت حالته وهل ينفذ تعليماتِ العلاج الغذائى أم لا ؟

٣- تتبع الحالات من الوجهة الاجتماعية .

٤- التوعية الصحية للمترددين على العيادة .

٥- التوعية الصحية لأسر المرضى .

٣- دور الأخصائى الاجتماعى فى عيادة الروماتيزم القلب :

١- بحث جميع حالات روماتيزم القلب .

٢- تتبع الحالات للتأكد من الاستمرار فى العلاج .

٣- تتبع الحالات من الوجهة الاجتماعية وتأدية الخدمات الاجتماعية عن طريق تحويل الأسرة للمؤسسات والهيئات أو الاتصال بالمؤسسات والهيئات لتوفير الخدمات وتقديمها للحالات .

٤- التوعية الصحية للمترددين على العيادة الخارجية وأسرهم .

٥- إزالة الضغوط النفسية لدى أسر المرضى وشرح طبيعة المرض ودور الأسرة فى الوقاية .

قطاع الأمراض الصدرية

- **دور الأخصائى الاجتماعى فى مستشفيات الأمراض الصدرية**

١- استقبال الحالات الجديدة المحولة للعلاج بالمستشفى وعمل المقابلة الأولية اللازمة لكل حالة جديدة يتم قبولها بالمستشفى والإطلاع على البحث الاجتماعى وخاصة فيما يتعلق بالخدمات التى أديت للحالة ومتابعة الحالة الاجتماعية بالاشتراك مع الاخصائى الاجتماعى بالمستوصف .

٢- إجراء أبحاث اجتماعية بيئية للحالات التى تحتاج إلى رعاية اجتماعية بغرض صرف المساعدات المالية للمحتاجين .

٣- المرور الشهرى على المرضى بالأقسام الداخلية بغرض التعرف عليهم وتنمية العلاقات بينهم وبين الأخصائى الاجتماعى لمساعدة المرضى على التكيف مع النظم المتبعة للعلاج .

٤- تنظيم أقسام التأهيل المهنى داخل المستشفى والاتصال بمؤسسات التأهيل المهنى لتحويل المرضى الذين يؤدى بذلك إليهم .

٥- حصر موارد البيئة للانتفاع بها لصالح المريض إلى أقصى حد ممكن وذلك بالاشتراك مع وحدات الجهاز السياسى بالمنطقة .

- **دور الأخصائى الإجتماعى مع مرضى الأمراض التناسلية :**

١- توفير جو الثقة للمريض للتجاوب مع خطة العلاج الطبى التى قد يستغرق زمناً طويلاً فى بعض الحالات عن سنتين .

٢- تبصير المريض وتوعيته بحقيقة المرض والنتائج التى تترتب على عدم مواصلة العلاج .

٣- العمل فى لباقة وحرص فى محيط الأسرة والمخالطين للمريض وضمان عدم انتقال العدوى للآخرين .
٤- التوعية الجنسية التى توضح الطريق أمام بعض المرضى وتحول دون تكرار الإصابة بالمرض .
٥- حل المشكلات الأسرية وتذليل الصعوبات التى تتصل بالمرض أو تعترض سبل تحقيق الشفاء .
٦- معاونة الطبيب بوضع صورة واضحة عن حالة المريض من واقع البحث الاجتماعى توضح نشأة المرض وملابساته ، واتجاهات المريض خلال خطة العلاج .
٧- اتخاذ التدابير التى تعين على تمتع المريض مستقبلاً بحياة لا تدعو للإنغماس فى مسببات المرض التناسلى كتنظيم شغل أوقات الفراغ لبعض المرضى وتشجيعهم على ممارسة أنشطة ترقى بنزواتهم وكبح جماح شهواتهم .
٨- الإشراف على تحويل المرضى المصابين بمضاعفات الأمراض التناسلية إلى أقسام المستشفى الأخرى التى تعنى بهم .
٩- فى حالات العلل والأمراض التناسلية الأخرى كعدم القدرة على الإنجاب أو الرغبة فى تحديد النسل ويعمل الأخصائى الاجتماعى بعد أخذ رأى الطبيب على الاستفادة من موارد البيئة لهذا الغرض وفى مقدمتها أجهزة الأسرة ورعايتها .
١٠- العمل على إعادة التكيف النفسي لبعض الحالات ومساعدة زويها على تخفيف الضغوط المترتبة على حالتهم المرضية وإشعارهم بجدوى العلاج .

مراجع الفصل الرابع

١- عبد المنعم نور : الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل ، القاهرة ، دار المعارف ، ١٩٨٠ ، ص ص : ١١١ – ١١٤ .

٢- كمال سعيد : الخدمة الاجتماعية الطبية ، مذكرات غير منشورة ، ١٩٨٠ ، ص ص : ١٢ ، ١٥ .

٣- عبد المنعم نور : مرجع سبق ذكره ، ص ص : ١١٧ – ١٢٠ .

٤- انظر :

- إبراهيم المليجى : الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية ، ط١ ، القاهرة ، مكتبة المعارف ، ١٩٩٣ ، ص ص ٢٥-٢٦ .
- عبد المنعم نور : مرجع سبق ذكره .
- محمد محمود محمود:مرجع سبق ذكره،ص ص٢٩٨- ٣٠٠.

٥- أيمن محسن : السيلان وانتشاره ، مجلة الدكتور ، العدد ٢٧٢ ، مارس ١٩٧١ .

٦- عبد المنعم نور : مرجع سبق ذكره ، ص ص : ١٠٥ – ١٠٧ .

٧- وزارة الصحة : قرار وزارة الصحة رقم ٣٥ لسنة ١٩٧٠ بتاريخ ١٩٧٠/١٢/٩ .

٨- انظر :

- عبد المحى محمود صالح : الممارسات المهنية فى المجال الطبى ، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية ، ١٩٩٨ ، ص ص : ٢٥١ – ٢٥٧ .

- إقبال مخلوف ، إقبال بشير : الرعاية الطبية والصحية ودور الخدمات الاجتماعية الطبية ، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية ، بدون .
- إقبال بشير ، سلوى عثمان : الممارسات المهنية للخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى ، الإسكندرية ، المكتب الجامعى الحديث ، ١٩٩٦ .



الفصل الخامس

الخدمة الاجتماعية

فى المجال النفسى والعقلى

أولاً : الخدمة الاجتماعية والمجال النفسى والعقلى :

يرجع تقدم الخدمة الاجتماعية النفسية إلـى تقـدم الطـب النفسـى الاجتماعى ، حيث كان الاتجاه الأول فى العلاج النفسى يرى أن المشكلات العقلية ترتبط فى جذورها العميقة بالظروف البيولوجيـة ، وحيـث كـان العلاج الطبى أكثر أنواع العلاج ، ولذلك لم يكن للخدمة الاجتماعية فـى باكورة الاهتمام بالعلاج النفسى دور ومجال حقيقى للعمل فى مثـل هـذه الحالات .

وتعتبر مستشفى مانهاتن للأمراض العقلية بنيويورك أول من قامت فى عام ١٩٠٦ بتدريب أخصائيات اجتماعيات للعمل فى هذا المجال وبعد ذلك توالت المستشفيات بالاهتمام بتواجد الاخصائيات الاجتماعيات إلى أن شعرت مدارس الخدمة الاجتماعية فى الولايات المتحدة بمسـئولياتها فـى إعداد الاخصائيين الاجتماعيين للعمل فى هذا الميدان ومنـذ عـام ١٩١٨ أزداد الاهتمام والتوسع فى اسـتخدام الاخصـائى الاجتمـاعى النفسـى وأصبحت حدود الخدمة الاجتماعية الطبية النفسـية واضـحة مميـزة ، فبالرغم من أن الطبيب النفسى هو أكثر أعضاء الفريق إلماما بالجوانـب النفسية والاجتماعية للمريض إلا أن الاخصائى الاجتماعى لدية التـدريب والخبرة على اكتشاف الضغوط الاجتماعية وتأثيرها فى حالة المريض .

ويستطيع أن يستخدم مهاراته فى تحقيق تكيف المريض مع أسـرته وفى جميع الجماعات التى ينتمى إليها فى المجتمع .

فالخدمة الاجتماعية النفسية تسعى إلى تحقيق أهداف الصحة النفسية والعقلية كما أنها أداة لتحقيق الهدف الوقائى من الأمراض النفسية والعقلية

ويجرى العمل فى هذا الميدان على أساس تعاون عمل الفريق ويضم مجموعة من الأطباء النفسيين والأخصائيين الاجتماعيين والممرضات وكل منهم يساهم بخبراته وبمهاراته المهنية والفنية ، وبالتالى يمكن وضع خطة متكاملة للدراسة والعلاج والهدف من الفريق العلاجى هو دراسة كافة الظروف الاجتماعية ، والعوامل التى تتدخل فى الموقف ويتلخص الدور الذى يقوم به الاخصائى الاجتماعى النفسى كعضو فى فريق العلاج فيما يلى :

يقوم الاخصائى الاجتماعى النفسى بعمليات الدراسة والتشخيص والعلاج الاجتماعى للمرضى وأسرهم ،باستخدام أساليب طرق خدمة الفرد وخدمة الجماعة وإستراتيجيات تنظيم المجتمع ، ومن خلال عملية المساعدة المباشرة فى المقابلات الفردية أو العملية الجماعية يستطيع الاخصائى الاجتماعى أن يساعد المريض فى وصف مشكلاته التى تنشأ فى بيئة اجتماعية ، أو المشكلات التى لها صلة بعلاقاته الشخصية والأسرية والتى تعوقه عن القيام بوظائفه وأدواره بصورة ملائمة والأخصائى النفسى فى عمله المتكامل مع غيره من أعضاء الفريق العلاجى يتحمل مسئوليات أخرى تتعلق بالتنسيق بين جهوده ووظائف غيره وأعضاء الفريق . (١)

ثانيا: دور الاخصائى الاجتماعى فى المجال النفسى والعقلى :

الاخصائى الاجتماعى النفسى هو أخصائى اجتماعى يعمل فى مجال النفسى وهو خريج كليات الخدمة الاجتماعية وينال دراسات متقدمة فى العلوم النفسية والعقلية ورغم أن دورة لا يتناول العلاج المباشر إلا أنه يساعد الفرد المريض على أن يتقبل حقيقة مرضه وأنه فى حاجة للعلاج ،

كما أنه يسهم فى عمليات الدراسة والتشخيص والعلاج مع الفريق المعالج ويعمل على تحسين الجوانب البيئية التى يكشف التشخيص عن سببها كأحد العوامل ، كما يباشر تنفيذ خطة العلاج ومتابعتها ، ويساعد البيئة ويهيئها لاستقبال المريض والتعامل معه بطريقة لا يجعله عرضة للانتكاس السريع ويساعد المريض على الأشتراك فى الأنشطة الاجتماعية المختلفة التى تعاونه على الخروج من عزلته . (٢)

ويعتبر ذلك دور الأخصائى الاجتماعى النفسى بوجه عام ، ويختلف الدور الذى يؤديه الأخصائى الاجتماعى النفسى طبقاً للمكان الذى يمارس فيه مهامه

ولكن هناك تقسيمات كثيرة لدور الأخصائى الاجتماعى فى المجال النفسى وسوف نعرض لدور الأخصائى الاجتماعى النفسى كما حددته الأستاذة الدكتورة سامية فهمى :-

مسئوليات الأخصائى الاجتماعى النفسى داخل وخارج المستشفى العقلى :

- أن تقرير دخول المريض المستشفى هو قرار الطبيب النفسى مؤيدا رأى طبيبين آخرين من الفريق الطبى .
- ويساهم الاخصائى الاجتماعى النفسى مع غيره فى عملية الدراسة بالقيام بالمقابلات الأولى ومراجعة الطلب المقدم من العميل وأسرته ومحاولة تحديد المشاكل ونواحى الاهتمام التى ستقوم بها المستشفى لصالح العميل من خلال التقرير الاجتماعى النفسى .

- عن طريق المقابلات الأولى يساعد العميل على إزالة المخاوف والقلق فى الحالات البسيطة) عن طريق شرح وتوضيح فلسفة وإمكانيات المستشفى وبرامجها كذلك مناقشة وقع المرض على المريض والأسرة.
- أهمية الاتصال بأسرة العميل منذ اللحظات الأولى عن طريقها يوضح ويشرح علاقة المريض وأسرته بالمستشفى ومواعيد الزيارة ، مدة العلاج ، نظام الصرف على المريض ومحاولة إزالة الأفكار الغير صحية المتعلقة بإيداع المريض بالمستشفى .
- بعد دخول المريض المستشفى يكون الاخصائى الاجتماعى النفسى دائم الاتصال به وبأسرته وبالجماعات التى لها اتصال به لرسم خطة العودة .
- بالرغم من أن العلاج الطبى والنفسى يقوم به أساسا الطبيب النفسى لكن هناك فترات يتواجد الاخصائى النفسى ليقوم بالعمل مع توضيح العلاقات الاجتماعية المتشابكة التى قد تتصل بالعميل وأسرته .
- بالرغم من توافر الخدمات داخل المستشفى نجد أن العميل لا يستفيد بها ويهتم الاخصائى النفسى بهذه الإمكانيات للاستفادة منها، كذلك يحاول أن يتصل بالزوج أو الزوجة أو رئيس العمل أو زملاء الدراسة وهناك قد يجد الاخصائى الاجتماعى النفسى منها أموراً متعلقة بنواحى قانونية أو شرعية أو مالية تتعلق بحياة العميل أو سكنه أو أجازه عملة أو دراسته التى انقطعت بسبب ضرورة العلاج.

ويلاحظ هنا ارتباط قوى بين دور الطبيب النفسى والاخصائى الاجتماعى النفسى بالمستشفى العقلى أو النفسى حيث أنهما يعملا متلازمين فى جميع المراحل من الإيداع إلى مرحلة التأهيل .

أن المرضى الذين يدخلون المستشفى لا يعودون كلهم للحياة العادية ولتمكينهم من العودة للحياة العادية تتطلب ذلك مهارة فائقة أو عداد كاف للاخصائى النفسى الاجتماعى وغيره من الخبراء .

وفى دراسة قامت بها الإدارة الطبية النفسية العسكرية بالولايات المتحدة على الجنود المسرحين من الجيش وسمح لهم بالرجوع للمجتمع وتم دراسة مدى قدرتهم على التكيف مع الحياة الواقعية فى ضوء بعض المعايير مثل (سن المريض) (طول مدة إقامته بالمستشفى)عدد مرات دخول المستشفى ، طول مدة البقاء فى الأسرة ، نشاط ، نشاط المريض بالمستشفى تقدم حاله . هذا وقد وجد نتيجة الدراسات أن هناك ارتباطا قويا بين مدة استمرار المريض فى البيئة الخارجية وبين حجم الأسرة وغيرها من العوامل حيث أنه كلما زاد حجم الأسرة كلما طالت فترة وجوده فى البيئة الطبيعية وأن دراسة البيئة المادية والاجتماعية لأسرة المريض تلقى الضوء على مدى نجاح الفرد والتكيف مع وسائل العلاج وكان الاخصائى الاجتماعى و الدعاية التى استند عليها فى فهم العوامل الثقافية ومدى التحكم فيها لصالح المريض .

وبصفة عامة يمكننا أن نلخص أدوار أخصائى خدمة الفرد بالمستشفى فيما يلى : (٣)

(أ) دوره مع الأسرة :

١- يتعامل الاخصائى الاجتماعى مع أسرة المريض التى تتعامل مع المريض نفسه أحيانا مثل حالات المرض العقلى الشديد مثلا ولهذا ينبغى عليه مساعدة الأسرة على فهم طبيعة المرض وكيفية التعامل مع المريض ونحو فكرة العار والإثم من مشاعر الأسرة .

٢- مساعدة الأسرة على حل مشاكلها التى تعتبر معجزة للمرضى والتى يوجد بها المريض إذا كانت وظيفتها تسمح بذلك أو مساعدتهم بتعريفهم مصادر المساعدة الأخرى .

٣- إقناع الأسرة بضرورة الاستمرار فيه .

٤- تكوين علاقة مهنية مع الأسرة واستخدام كافة أساليب العلاج .

من الناحية النفسية والمادية والاجتماعية لعلاج المريض ، كما يساعدها بتهيئتها لاستقبال المريض استقبالا حسنا ويهيئها للتعامل مع البيئة المعالجة لإتمام الخطة العلاجية بنجاح وذلك بالإشراف على تنفيذ التوصيات الطبية .

٥- من خلال حلقات المناقشة الجماعية يستطيع الاخصائى حماية الأسرة من تلك الأمراض ، وذلك ببيان خطورة زواج الأقارب وكذلك توضيح فائدة العلاج المبكر لأى من الظواهر الغير عادية للسلوك أو الانفعال وبهذا يستطيع أن يحمى باقى أفراد الأسرة ولو جزئيا .

(ب) دوره مع المريض نفسه :

بجانب ذلك نرى أن لاخصائى خدمة الفرد دور مهم مع المريض نفسه فى مؤسسات العلاج يمكن تلخيصه فيما يلى :

١- استقبال المريض وتهيئته للمستشفى وذلك ببث روح الثقة والاطمئنان ومساعدته على التخفف من مشاعر الخوف والانزعاج وتخفيف مشاعر الذل والهوان .

٢- تقديم المريض إلى زملائه وطبيعة ممرضية : وأن يشرح ما سوف يلقاه في المستشفى حتى يستطيع الاندماج في مجتمعة العلاجي الجديد بيسر وسهولة .

٣- إشعار المريض بأنه أهل للثقة وذلك بإسناد المهام البسيطة إليه .

٤- ربط المريض بالواقع الاجتماعي المحيط ومساعدته على أن يدرك أسباب وجوده في المستشفى وينبغي هنا أن يحرص الاخصائي الاجتماعي إلا يتحدث مع المريض في مشكلات ما قبل المرض .

٥- مساعدة المريض على أن يتقبل العلاج الذي يضعه الطبيب ويقبل عليه .

٦- حل مشاكل المريض التي تتصل بوجوده داخل المستشفى أو خارجها.

٧- مساعدة المريض على الإسهام والاشتراك في الأنشطة الاجتماعية بالمستشفى العلاجي وتقدير ما يقوم به من أعمال حتى يستعيد الثقة بنفسه.

٨- مساعدته على الالتحاق بأقسام العلاج بالعمل حتى يتم تهيئته للعودة للبيئة مؤهلاً بعمل ما وحتى يساعد هذا النوع من العلاج في سرعة شفائه .

٩- الربط بين المريض وأسرته .

(ج) دور الأخصائى فى المؤسسة العلاجية :

ويتوقف نجاح العلاج فى أى مستشفى على عامل غير ملموس وليس من الميسور قياسة بالوسائل العادية وهو ما يسمى بجو المستشفى، وللأخصائى الاجتماعى دورة فى جعل هذا الجو ملائم لعلاج المرضى ويتم ذلك من خلال :

١- إيجاد علاقة طيبه بين فريق المستشفى المعالج والعاملين بالمستشفى والمرضى .
٢- المحافظة على فردية المريض واحترامها .
٣- إظهار الثقة بالمريض حتى يثبت عكس ذلك .
٤- إيجاد علاقة بين المستشفى والمجتمع الخارجى وذلك بفتح الأبواب لاستقبال الزائرين حتى يروا أن الحياة داخل المستشفى لا تختلف كثيرا عنها خارج المستشفى .
٥- مساعدة المستشفى فى رسم سياستها وبرامجها بطريقة يكنون فيها النشاط داخل المستشفى بصورة مماثلة بقدر الامكان للنشاط خارجيه ومن ذلك إيجاد الوسائل الترفيهية والرحلات والحفلات – والحرف وينبغى إسناد العديد من المسئوليات إلى المريض المتحسين، ومختلف التبعات التى يفرضها المجتمع على المواطن.
٦- يساعد إدارة المستشفى على اختيار أنسب أنواع الأنشطة وفقا لحاجة كل مريض .

٧- مساعدة الطبيب المعالج بدراسة الظروف البيئية التى أسهمت فى نشوء المرض والعمل على تعديل الظروف الغير ملائمة بقدر المستطاع حتى يجنب المريض الانتكاس .

٨- مساعدة المستشفى على توفير الجو النفسى والاجتماعى الذى يشبع احتياجات كل مريض على حدة .

(د) دور الأخصائى الاجتماعى مع المجتمع :

١- إيقاظ الوعى العام بحقيقة الإمراض النفسية والعقلية ، وضرورة التغلب عليها .

٢- إثارة الوعى والرأى العام بحاجته إلى أنواع الخدمات التى تسهم فى مكافحة هذه الأمراض وبالتالى تزيد الفرص العلاجية للمجتمع.

٣- تغيير آراء المجتمع على حقيقة الأمراض النفسية والعقلية ومن ارتباطها فى أذهان العامة بالنواحى الوراثية وبالعار الذى يلحق الأسرة التى يظهر فيها إذ أن الآراء القائلة بالوراثة أراء تفتقر إلى الأدلة العلمية وهى لم تتأكد بصفة قاطعة بعد وبمحاولات الاخصائى فى هذا السبيل تدفع الأفراد والأسرة إلى التخلص من الحياة المضطربة ودفعها عن كاهلهم .

٤- كما أن تحرير الأفراد من المشاكل النفسية هو فى نفس الوقت وقاية لذويهم من مثل هذه الاضطرابات فالمعروف أن الشخص المعتل نفسيا يسوق المحيطين به إلى نفس المصير .

٥- الحث على إيجاد مكاتب للراغبين فى الزواج والتأكد من خلوهم من الأمراض الوراثية التى ترتبط بالأمراض العقلية بصورة مباشرة .

٦- الاهتمام بفئة من فئات المجتمع منذ وقت مبكر وهي فئة ضعاف العقول وهؤلاء يدخل ضمنهم البلهى والمعتوهين وناقصو العقول وتنشئ لهم المستشفيات العلاجية دون أن توجه عناية خاصة إلى ضعاف العقول الذين يعتبرون المورد الرئيسي لحالات المرض العقلى. وتبدأ العناية بضعاف العقول بإنشاء مدارس خاصة لرعايتهم وتوجيههم الوجهة التعليمية المناسبة ويتبع ذلك أيضا في التهيئة بطريقة تتناسب مع حالة الطفل وتكوينه الجسمى وتندرج هذه الرعاية فى إطار العمل أيضا سواء فى الريف أو فى المدن إذ لوحظ أن نسبة كبيرة من ضعاف العقول يستقر بهم الحال فى الريف لعدم مقدرتهم على التكيف مع حياة المدن الصاخبة .

٧- مراعاة رفع مستوى الحياة المادية والروحية مع التطور في القيم والمعايير السائدة فى المجتمع وبهذا يتجه الارتفاع فى مستوى المعيشة والارتفاع فى مستوى الحياة فى خط متواز مع وضح القيم الروحية ونمو المثل العليا القائمة على فضائل أخلاقية مستقرة واضحة وبهذا تسير عناصر الحياة الإنسانية فى صورة متناسقة تساعد على النمو العقلى وصيانة الصحة العقلية لأفراد المجتمع .

ثانياً : دور أخصائى خدمة الفرد فى عيادات الكبار النفسية :

ومهمة الأخصائى الاجتماعى فى العيادات الطبية النفسية للكبار لا تختلف عنها كثيرا في مستشفيات الأمراض العقلية ومن واجب الاخصائى الاجتماعى أن يخفف شعور العار الذى يحس به العميل لالتجائه إلى هذه المؤسسات وذلك بأن يشرح له أن المرض النفسى هو كالمرض الجسمى وكلاهما يتطلب علاجا ، وإن لكل منهما علاجه الخاص .

كما يجب أن يشعره أن السعي للتخلص من الاضطرابات أو الأمراض النفسية دليل على يقظة الفرد وقوة شخصيته ، كما أن الرغبة الأكيدة في نيل العلاج هي أولى خطوات الشفاء ويجب أن يعمل الاخصائي الاجتماعي على إزالة تهيب العميل من العيادة والأشخاص الذين لم يألفهم في بيته من قبل وتمتد مهمته أيضا إلى إقناع العميل بضرورة التعاون في إتمام الخطوات العلاجية التي يشير بها الطبيب كي يتحرر من مرضه ويتقدم في طريق الشفاء .

أما مسئوليات أخصائي خدمة الفرد نحو العميل ونحو أسرته ونحو المجتمع في العيادات النفسية ، فهي لا تختلف كثيرا عما سبق ذكره في دور الاخصائي الاجتماعي في مستشفى الأمراض العقلية ولكن تضاف إليها مسئوليته نحو مراقبة تطور المرض ، وحتى إذا سارت الأمور على غير ما يجب ، وأصبح وجود المريض في المجتمع الخارجي خطرا على نفسه وعلى أسرته وعلى المجتمع ، كان من واجب الاخصائي الاجتماعي الإسراع إلى حماية الأسرة والمجتمع من المريض وحمايته من نفسه إذا كان من النوع الخطر ، ويقتضي هذا عرض الأمر على الطبيب النفسي فورا حتى يمكن إتمام الخطوات اللازمة لإلحاق المريض بمكان يساعده في عملية العلاج كمستشفى الأمراض العقلية .

ولابد أن أذكر أن هذا الأجراء يجب ألا نلتجئ إليه إلا بعد التأكد من عدم جدوى الوسائل العلاجية الأخرى ، إذ أن في حجز المريض في مستشفى للأمراض العقلية دون أن تستدعي حالته ، خطر محقق ونتائج سيئة يجب أن تجنبها العميل إذا أمكن .

ويساهم الاخصائى الاجتماعى أيضا فى العملية العلاجية منذ البداية أما فى الحالات التى يبدأ الطبيب النفسى بفحصها فيجب أن يبدأ نشاط الاخصائى الاجتماعى فيها فى مرحلة مبكرة ، ويقوم الطبيب النفسى بعملية تقديم الاخصائى الاجتماعى للعميل ويعرفه بمهمته .

ويقوم الاخصائى ببحث ودراسة الموقف وتكملة اختيار الطبيب النفسي لعمل التاريخ الاجتماعى للعميل . وقد يستدعى الحال إحداث تغيير فى بيئة العميل ليقل الصراع الذى يعانيه المريض فيها .

ويكون هذا التغيير بالإضافة أو الحذف أو التعديل كإضافة عوامل مرغوب فيها كناد أو أسرة حاضنة أو نوع من أنوع النشاط المحبب إلى الفرد أما التغيير بالحذف فيكون بحذف بعض الظروف التى تسبب اضطراب العميل كحذف شخص مشاكس من حياته أو حذف مدرسة قاسية أو حذف نوع من المعاملة كانت مبعث إشكال للمريض .

ويكون تغيير البيئة بالتعديل بتهيئة البيئة المحيطة بالعميل بحيث يسهل عليه التلاؤم معها وقبولها ، كتعديل اتجاهات الوالدين والأشخاص المتصلين بالعميل على أن يتأكد اخصائى خدمة الفرد من أن هذا التغيير هو نتيجة إقناع بضرورته لا تكليف مؤقت ينتهى بانتهاء صلة خدمة الفرد.

وقد يكون العلاج بتعديل اتجاهات العميل نفسه وهذا تصل إليه عن طريق العلاقة المهنية مع العميل على أن يفهم حدود الموقف والحقائق الواقعية فيه ومدى قدرته على مواجهة بعض الأمور وما إلى ذلك من العمليات النفسية . وقد يساعدنا فى ذلك الشرح والتفسير والتوضيح والإيحاء أو الإقناع والنصح يحذر من أنواع أخرى من الوسائل يعينها الطبيب النفسي .

ولا ننسى أن تعديل الاتجاه قد يصبح من الصعوبة بمكان وذلك لاستقرار الصراع فى نفس العميل ، فبعد أن يكون صراعاً مع البيئة ينقسم جزء من شخصية العميل ليمثل العامل المشاكس المؤذى للبيئة وينبرى للنضال مع جزء آخر من شخصية العميل . وإلى هذا النوع من الصراع الداخلى تعزى الدكتورة أنا فرويد التأخر فى العلاج أو المقاومة الشديدة له.

ويعمل أخصائى خدمة الفرد مع الطبيب النفسي وتحت إشرافه ولكن الطبيب النفسي هو الذى يتحمل مسئولية العلاج كاملة بما فيها من نشاط الأخصائى الاجتماعى ومن أجل هذا وجب أن يكون الطبيب دائم الاتصال بالأخصائى الاجتماعى ليحدد له ما تحتاجه الحالة من معلومات ومن علاج، وليقف على ما اتخذه من خطوات وليرسم معه خطة السير فى الحالة على مدى ما يقدمه الأخصائى له من تقارير ومعلومات .

رابعاً : الأخصائى الاجتماعى فى عيادات الأطفال النفسية (٥)

يتكون فريق العمل الفنى فى العيادات النفسية للأطفال من فنيين أربعة هم الطبيب البشرى والأخصائى النفسي والطبيب النفسي والأخصائى الاجتماعى ، ودور كل من هؤلاء يبدو واضحاً من حدود وظيفته المعروفة لنا جميعاً . فالطبيب البشرى يقوم بفحص حالة الطفل الصحية ويحدد ما إذا كان هناك من الأسباب الصحية - كالضعف العام وأمراض الغدد أو الأعضاء الأخرى – ما يدعو إلى وجود الأشكال عند الطفل .

كما يقوم الطبيب النفسي يبحث الحالة النفسية وتشخيصها تمهيداً لعلاجها ، أما الأخصائى النفسي فيختبر شخصية الطفل ويحدد مقدراتها

واستعداداتها المختلفة من ذكاء وانتباه وميول مزاجية وقدرات خاصة وما إلى ذلك . والأخصائى الاجتماعى هو الشخص المسئول عن دراسة البيئة بما فيها من عوامل تساهم فى أشكال الطفل وتخلق هـذا الموقـف الـذى يتطلب العلاج ، كما يدرس علاقة الطفل بالأسرة والزملاء داخل المدرسة وفى اللعب وفى المجتمع ، وهو أيضاً مسئول مع باقى موظفى العيادة عن تنفيذ العلاج الاجتماعى وهو العمل مع أسـرة الطفل وزملائـه لتخفيـف العبء الوجدانى البيئى الواقع على الطفل .

ويعمل الأخصائى الاجتـماعى علـى اسـتغلال لمـوارد البيئـة والطرق، التى توصله إلى مساعدة الطفل فى الحصول على الوفاق اللازم مع البيئة التى يعيش فيها وتسمى طريقة تعاون هؤلاء الأربعة الفنيين فى العمل مع الطفل بالطريقة الرباعية لخدمة الحالات .

ويجب أن تكون العناية بمشاكل الطفولة النفسية متوفرة وميسـورة لجميع الأطفال لأن أثر العلاج فى مرحلة الطفولة أقوى منـه أى مرحلـة أخرى ، إذ أن مشاكل الأطفال تكون واضحة جلية حديثة ، كما تكون غير معقدة بإضافات العوامل المختلفة كعوامل الأزمان والتعود ومحاولة إخفاء بعض المواقف أو المشاعر الخاصة مما يتطلب من الأخصائيين مجهودات كثيرة للتغلب عليها ، ويختلف الطفل أيضاً عن الشخص البالغ فـى أنـه يتصل بالعيادة فى الفترة التى تتكون فيهـا أنـواع السـلوك والعلاقـات الاجتماعية سواء داخل الأسرة أو المجتمع الخارجى ولذا فيتطلب العـلاج العمل مع الوالدين فى نفس الوقت الذى تتعامل فيه مع الطفل ، ويتحتم أن تعطى علاقتنا مع الوالدين والأسرة نفس الاهتمام الذى تعطيه لعلاقتنا مع الطفل .

ولأجل أن يؤدى الأخصائى الاجتماعى دوره على أتم وجه ، يجب أن يتنبه دائماً إلى الحقائق المعروفة عن أنواع السلوك ، ويجب أن يـذكر أنها تعبيرات عن مشاكل أساسية فالفرد يسعى لإرضاء حاجاته ، ويصبح حقوداً أو قلقاً أو مذنباً حينما يعانى من خيبة الأمل ، وأن السلوك بالنسـبة للمرض نفسه ، وإذا وجب أن نوجه الجهود إلى البحث عن منشأ الإشكال لا إلى مظاهره .

والمعروف أيضاً عن سلوك الأطفال أنه عبارة عن محاولات لحفظ التوازن لنيل الأمان والاحتفاظ بمركز مرموق فى الأوساط التى ينتمـون إليها . وغالباً ما يجهل الطفل الأسباب التى تدفعه إلى السلوك بطريقة ما ، أى أنه غالباً ما يعجز عن التعبير عن مصاعبه أو مشـاكله الأساسـية ، ويستجيب الطفل الضغوط التى تفرضها عليه بيئته بضيق شديد سرعان ما يجد له منفذاً بطريقته الخاصة ، فمثلاً كثيراً ما يواجـه الطفـل رغبـات خارجية متعارضة يصدرها الآباء والمدرسون والأصدقاء والزملاء ، وقد يعجز الطفل عن التوفيق بينها فى آن واحد ويزداد الإشكال تعقيداً عنـدما نتعارض هذه الرغبات الاجتماعية مع رغباته الشخصية ، وهكذا يتعرض الطفل لأنواع من الصراع التى تفقده التوازن بسبب إخفاقه فى التوفيق بين رغبات الحياة الاجتماعية وما تمثله من سلطة وسـيطرة وأمـن مـادى ووجدانى ، وبين رغباته الوجدانية والشخصية التى يكون لها مـن القـوة والإلحاح ما يوازى قوى الرغبات الاجتماعية ، وهذا ممـا يطيـل أمـد الصراع .

أدوار الأخصائى الاجتماعى النفسي كما حددته وزارة الصحة المصرية فى قطاع الأمراض النفسية والعقلية : (٦)

(أ) دور الأخصائى الإجتماعى فى المستشفيات العقلية :

١- القيام ببحث اجتماعى نفسى لحالات المرضى بالاتصال بأهالى المرضى للحصول منهم على المعلومات الأساسية من حياة المريض وتاريخ وضعه وظروفه الاجتماعية بوجه عام .

٢- الاشتراك مع الطبيب المعالج وفريق العلاج فى مناقشة الجانب الاجتماعى للمرضى وذلك فى الاجتماعات الدورية التى تعقد بالمستشفى لهذا الغرض .

٣- التعاون مع إدارة المستشفى لإزالة أسباب شكوى المرضى أثناء إقامتهم بالمستشفى عن طريق الإتصال الفردى بالمريض فى فترة نقاهته بالنادى ، أى بقسم العلاج بالعمل .

٤- تنظيم برامج الترفيه عن المرضى بواسطة إقامة حفلات تمثيلية دراما وإنتاج فنى .. إلخ .

٥- الاشتراك مع هيئة العلاج فى تنسيق العمل بأقسام العلاج وملاحظة سلوك المرضى المترددين على هذه الأقسام وتدوين هذه الملاحظات بالإستمارات الاجتماعية النفسية الخاصة بكل مريض .

٦- عقد اجتماعات دورية مع أهالى المرضى وسماع شكواهم بالعلاقة بالمرضى وتوجيه النصح اللازم لهم ومساعدتهم على تذليل عقباتهم.

٧- تتبع حالات المرضى بعد خروجهم والعمل على حل مشاكلهم سواء فى العمل أو فى المدرسة .

٨- القيام بجمع الاحصائيات والتقارير الفنية التى تحتاج إليها الجهات المسئولة بالوزارة .

(ب) دور الأخصائى الاجتماعى بالعيادات النفسية الخارجية للجمهور:

١- استقبال جميع حالات المرضى الجدد وعمل محادثة استقبالية لهم.

٢- القيام ببحث اجتماعى نفسي لحالات المرضى الجدد .

٣- تنظيم برامج الترفيه لمرضى الأقسام الداخلية إن وجدت .

٤- التعرف على موارد البيئة بغرض الاستفادة منها لصالح مرضى المستشفى وأسرهم .

٥- عقد اجتماعات دورية مع أهالى المرضى . وتوجيه النصح لهم والنظر فى مشاكلهم .

٦- تتبع حالات المرضى بعد خروجهم من مستشفيات الأمراض العقلية والعمل على حل مشاكلهم سواء فى العمل أو فى الدراسة أو فى البيئة المنزلية .

٧- القيام بجميع الاحصاءات والتقارير الفنية التى تحتاج إليها الجهات المسئولة بالوزارة .

(ج) دور الأخصائى بالعيادات النفسية للطلاب

١- القيام بعمل المحادثة الاستقبالية عند ورود حالة جديدة إلى العيادة بقصد تكوين فكرة مبدئية عن الحالة ونظرة الوالدين إليها ومدى استعدادهم للتعاون مع العيادة فى حلها .

٢- الاتصال بوالدى الطفل ودراسة بيئته المنزلية والمدرسية .. إلخ والحصول على معلومات منظمة ودقيقة عن حياته فى مراحل النمو المختلفة .

٣- الاتصال بجميع الهيئات الأخرى التى يكون الطفل على صلة بها بقصد استكمال المعلومات اللازمة لتكوين فكرة سليمة عنه (مثل المدارس والنوادى والمستشفيات) وتمهيداً لتنسيق التكيف بينها وبين بيئة الطفل المنزلية .

٤- الاشتراك فى مناقشات لجنة القيادة التى ستبحث مشكلة الطفل وإبداء الرأى فيها والاستنارة فى ذلك كله برأى الطبيب النفسى والأخصائى وإرشاد الوالدين .

٥- الاشتراك فى أعمال العيادة من الناحية الإدارية وتنظيمها من حيث الاجتماعات والدورات والمؤتمرات .

٦- القيام بعمل ثقافة صحية نفسية عن طريق إلقاء محاضرات أو تنظيم ندوات للأمهات اللاتى يترددن إلى العيادة .. وذلك بقصد تعديل ومنع الأخطاء التربوية التى تؤدى إلى إضطراب النفس حتى يعملن على تجنبها أو المبادرة إلى علاج ما قد ينتج عنها من آثار مؤذية .

٧- تتبع الحالات التى ترجع إلى العيادة للتحقيق من شفائها أو النصح باستشارة الطبيب النفسي عند أول بادرة لعودة الأمراض السابقة أو ظهور أعراض جديدة للأمراض .

إن الخدمة الاجتماعية فى ميدان الصحة العقلية من الميادين الحديثة سواء فى المجتمع العربى أو فى بعض من المجتمع الغربى ، ومن ثم

فالجهود المبذولة حالياً لإيجاد وتدعيم الخدمات الاجتماعية داخل مؤسسات الأمراض العقلية هى بداية طيبة خلاقة وفتحاً لميدان جديد تعمل به الخدمة الاجتماعية ، فالخدمات الاجتماعية لمرضى النفس والعقل وبالإضافة إلى كونها نفس الخدمات المألوفة لأى مريض آخر ، فإنه أهم ما يميزها هى أنها تتطلب اعتبارات خاصة فى دراسة توعية وأسلوب علاج هذه الخدمات وذلك نظراً لطبيعة المرض العقلى وأثره على إحساس المريض بحاجته إلى العلاج ، وضرورة الموائمة بين الخدمات الاجتماعية للمرضى ورأى الطبيب النفسي .

مراجع الفصل الخامس

١- اقبال بشير ، سامية فهمى ، ممارسة الخدمة الاجتماعية فى المجال النفسي ، الاسكندرية ، المكتب الجامعى الحديث ، ١٩٨٥ ، ص ص : ١٩٦ – ٢٠١.

٢- فاطمة الحارونى : خدمة الفرد فى محيط الخدمات الاجتماعية ، مرجع سبق ذكره ، ص ص : ٣٢٧ – ٣٣١

٣- اقبال بشير ، سامية فهمى ، مرجع سبق ذكره ، ص ص : ٢١٧ – ٢١٩ .

٤- إقبال محمد بشير ، سامية محمد فهمى : الخدمة الاجتماعية فى المجال والعقلى ، الإسكندرية ، المكتب الجامعى الحديث ، ١٩٨٤ ، ص ص ١٩٣-١٩٤

٥- إقبال محمد بشير ، سامية محمد فهمى : المرجع السابق ، ص ص ١٩٥-١٩٧

٦- وزارة الصحة ، اختصاصات الأخصائى الاجتماعى النفسي ، القاهرة ، ص ص : ٣٠ ، ٣٣ .



الفصل السادس

الرعاية الاجتماعية للمعوقين

(النشأة والتطور)

تمهيــــد :

يعتبر القرن العشرين هو البداية الحقيقية المنظمـــة لرعايـــة فئـــات المعوقين ، وخاصة فى أعقاب الحربين العالمية الأولى والثانيـــة ، ومـــا خلفته من أعداد هائلة من الإصابات التى أنتجت الإعاقات والعاهات .

ولقد صاحب هذه الفترة ، مفاهيم إنسانية واشتراكية حديثة غيـــرت من مفاهيم القوة ، والبقاء للأصلح ، والتى كانت سائدة من قبـــل ، كمـــا ظهرت اكتشافات علمية حديثة ، كشفت النقاب عن كثير من طبائع الإنسان وسلوكه ، وحياته العقلية ، والنفسية ، والاجتماعية ، مما أدى إلى التقـــدم العلمى الملحوظ فى أساليب ومجالات الرعاية بصفة عامـــة ، والخدمـــة الاجتماعية بصفة خاصة ، سواء على المستوى العالمي أو داخل مصر .

وقد كان من نتيجة سيادة المفاهيم والأفكار الحديثـــة ، أن اســـتقرت بعض المفاهيم والحقائق عن المعوقين وأهمها ما يلى [1]

١- عجز الإنسان ، هو ظاهرة طبيعية تفرض وجودها ، نتيجـــة التعقـــد الهائل فى طبيعة الحياة الاجتماعية المعاصرة الناتجة عن الحروب من جانب ، والتقدم التكنولوجى فى المجال الصناعى ، والذى أدى بدوره إلى كثرة الإصابات والعاهات من جانب آخر .

٢- عجز الإنسان هو عجز نسبى ، أصاب وظيفة أو أكثر مـــن وظائفـــه الاجتماعية ، ولا يعنى بالضرورة عجزا كليا أو شاملا ، ومـــن ثـــم يمكن استثمار ما تبقى لدى الفرد بأفضل أسلوب ممكن حتى يســـتطيع أن يؤدى أدواره الاجتماعية .

٣- شعور صاحب العاهة بالعجز ، غالبا ما يكون نتاج تفاعله مع بيئته ومن ثم ، إذا تمكن العلم من إحداث التلاؤم المطلوب بين الفرد وبيئته، لتحقيق التكيف المناسب .

٤- لا شك أن للمعوقين طاقات خلاقة ، إذا عطلت هذه الطاقات ، ولم تستثمر ، لضر ذلك بالاقتصاد القومى من جانب وعاق التنمية الاقتصادية التى تسعى إليها المجتمعات من جانب آخر . ومن ثم فان إعادتهم إلى عجلة الإنتاج ، هو إسهام ايجابى فى زيادة حجم الإنتاج العام ، ودفع لعجلة التنمية الاقتصادية للمجتمع .

٥- عناية المجتمعات بتأهيل معوقيها يجنبها أعباء كثيرة مستقبلا حيث إهمالهم يؤدى بهم إلى وجهات انحرافية مرضية كالإدمان أو التسول ، أو التشرد ، أو الانحراف الخلقى .. إلخ . مما يكلف المجتمع أعباء لا قبل له بها .

٦- إن العناية بالمعوقين كفئة أصابتها درجة من درجات العجز ، واجب أخلاقى انسانى ، تفرضه القيم الدينية والأخلاقية ، والإنسانية المختلفة، وكواجب تفرضه طبيعة التكامل الاجتماعى وحق الفرد على المجتمع .

٧- الإفادة من جهد هذه الفئة فى الإنتاج ، هو فى ذاته توفير لطاقات إنتاجية فى المجتمع ، حيث يمكن للمجتمع من توجيه الفئات القادرة إلى أعمال تتطلب جهدا ومهارة أكبر .

وتعد برامج الخدمة الاجتماعية مع المعوقين نتيجة حتمية لكل المبررات السابقة ، وإيمانا منها بالكفاية الإنسانية ، وبقدرة الإنسان المعوق

على إعادة التكيف والتفاعل والإنتاج ، وقد ساعد على ذلك ما يتسم به العصر الحديث من الاعتماد على تخصص الأداء سواء كان صناعيا أو مهنيا ، مما فتح مجالات أوسع للمعوقين ، نظرا لاعتماد الصناعة سواء على التخصص ، أو تقسيم العمل ، وهما فى الوقت الحاضر لا يحتاجان لقدرات بدنية متعددة .

كما أوضحت الدراسات النفسية والاجتماعية ، أن الإنسان عندما يصاب بإعاقة معينة ، ينتابه شعور بالنقص ، نتيجة افتقاره أو قصور جزء من التركيب الفسيولوجى له ، وقد تؤثر الإعاقة أيضا على مركزه الاجتماعى ، وبالتالى يحدث تغييرا فى الأدوار التى كان يقوم بها ، ومن ثم تحدث عملية تغيير فى سلوكه الاجتماعى مما يؤدى إلى رفضه للمحيطين به ، ورفض المحيطين به له .

ومن هنا ، تبرز أهمية دور الخدمة الاجتماعية داخل مؤسسات المعوقين ، ليس من أجل تعديل السلوك غير المقبول للأفراد المعوقين، بل وأيضا لدعم وتطوير السلوك الاجتماعى الايجابى المرغوب فيه لدى تلك الفئة من فئات المجتمع .

ولتوضيح ما سبق خصص هذا الفصل لعرض ومناقشة الآتى :

- تطور وأهداف الرعاية الاجتماعية والطبية للمعوقين – وتم فيها مناقشة نشأة وتطور الرعاية الاجتماعية والطبية للمعوقين بصفة عامة، وفى مصر بصفة خاصة ، وأيضا مناقشة أهداف الرعاية الاجتماعية للمعوقين .

- مفاهيم المعوق :

- مفهـــوم المعوق .
- مفهـــوم الإعاقة .
- تصنيفات الإعاقة .

- الرعاية الاجتماعية واحتياجات المعوقين

- مشكلات المعوقين :

- مشكلات اجتماعية .
- مشكلات نفســــية .
- مشكلات متنوعة (تعليمية – طبية – مهنية – تأهيلية).

أولاً- تطور الرعاية الاجتماعية والطبية للمعوقين : (٢)

على الرغم من أن فئات اليتامى والأرامل والفقراء ، قد حظيت منذ القدم بالكثير من ألوان الرعاية الاجتماعية ، إلا أن الأمر لم يكـن كـذلك بالنسبة لفئات المرضى والعجزة والمعوقين ، فقد تعرضت هذه الفئات فى كثير من مراحل الإنسانية للإهمال ، بل فى أحيان كثيرة للنبـذ والقسـوة والضياع .

ففى التاريخ القديم ، عانى المعوقين فـى كثيـر مـن الأمـم مـن الاضطهاد والازدراء ، والإهمال ، فكانوا يتركون للمـوت جوعـا ، أو يوأدون وهم أطفال ، شهدت ذلك مجتمعات روما ، وإسبارطة ، وكـذلك الجزيرة العربية ، إلى جانب عدد من القبائل فى مختلف أرجاء العـالم ، بينما كانوا يتمتعون ببعض الرعاية فى مصر والهند .

وكان هـذا الاضـطهاد ، والازدراء ، والإهمـال ، نـاتج عـن المعتقـدات الخاطئة ، والخرافات التى كانت سائدة فى ذلك الوقت حيـث الأعمى ظلام ، والظلام شـر ، والمجـزوم هـو الشـيطان بعينيـه ، ومرضـى العقول هم أفراد تقمصـهم الشياطـين والأرواح الشريرة.

ولم يقتصر الأمر على سيادة هذه الخرافات ، بـل أن كثيـرا مـن فلاسفة اليونان القديم كأفلاطون وأرسطو ، لم يعنيـا فـى جمهوريـاتهم وأفكارهم المثالية بمساعدة مثل هؤلاء العجزة ، أو أصحاب العاهات ، بل نادوا بالتخلص من هذه الفئة المعوقة ، لأنها تشكل عبئا لا مبرر له علـى المجتمع بل أن هذه الأفكار ، استمرت فيما بعد تراود الكثير من الفلاسفة فى التاريخ الحديث ، فإلى جانب النظرية التطوريـة المعروفـة للعـالم (داروين) عن البقاء للأصلح ، ومبدأ الانتقاء الطبيعى ، فإنا نجد (هربرت سبنسر) نادى صراحة بإبطال تقديم المساعدة عمدا لفئات العجزة ، تلـك الفئات – الكسيحة فى رأيه – التى تثقل الطبقة النشطة بأثقال لا نظير لها ولا مبرر لها .

كما خرجت فى ألمانيا فلسفات عنصرية متعالية ، أطلق عليها فلسفة القوة تزعمها (هيجل) ، وفحواها أن المجتمع لا ينمو إلا فى ظل القوة وما أسطورة الديمقراطية والاشتراكية إلا دعوة إلى سيادة الطوائف متوسـطة أو غير قادرة ، لتولى شئون المجتمع ، بما يضر بصالح هـذا المجتمـع ضررا بالغا .

بل يخرج لنا العلامة (سمنر) ليطلعنا فى مستهل القرن الحالى بـأن أصحاب العاهات هم فئة طفيلية ، وعبء علـى المجتمـع وإن اتسـمت بالمسالمة والسلبية ، لا تبغى للمجتمع ضرراً . إلا أنه لم يمنع كل هذا من

ظهور ألوانا من الرعاية الاجتماعية للمعوقين ، دفعت إليها عوامل أهمها:-

١- الديانات السماوية – بما تحمله من تعاليم المحبة ، والتسامح والبر والرحمة ، والإخاء بين البشر ، فكانت بمثابة أول طرق الهداية للبشرية ، مما أدى إلى انتشار نظم الإحسان ، واستمرت هذه النظم عاملاً أساسياً فى رعاية المرضى والمعوقين عن طريق مساعدتهم مادياً ، دون اى جهد يبذل في سبيل مساعدتهم على استرداد مكانتهم فى المجتمع .

ولقد تميز المجتمع الاسلامى عن المجتمع الاوربى بنظرته الايجابية إلى المعوقين ، فخصص لهم من يساعدهم على الحركة والتنقل ، وإنشاء المستشفيات ، حيث عنى خلفاء وحكام المسلمين بالمرضى والمعوقين ، ويبدوا ذلك واضحا فى اهتمام أمير المؤمنين عمر بن الخطاب ، وعبدالملك بن مروان ، وعمر بن عبد العزيز، وغيرهم من خلفاء المسلمين وحكامهم، بتوفير الرعاية الاجتماعية للمعوقين ، وقد بلغ من اهتمام أمير المؤمنين عمر بن عبد العزيز بهذا المجال ، أنه حث على عمل إحصاء للمعوقين ، وخصص مرافقا لكل كفيف ،وخادما لكل مقعد لا يقوى على القيام وقوفا (أداء الصلاة) .

ومن الحقوق التى يهبها الإسلام للمكفوفين مثلا ، أن يأكل عند الحاجة من بيوت أهله أو أقاربه ، وأن يشاركهم فى طعامهم من غير أن يجد هو فى نفسه غضاضة من ذلك .

وفى هذا المقام جاء قول المولى عز وجل فى القرآن الكريم :

بسم الله الرحمن الرحيم

﴿ لَّيْسَ عَلَى ٱلْأَعْمَىٰ حَرَجٌ وَلَا عَلَى ٱلْأَعْرَجِ حَرَجٌ وَلَا عَلَى ٱلْمَرِيضِ حَرَجٌ وَلَا عَلَىٰٓ أَنفُسِكُمْ أَن تَأْكُلُوا۟ مِنۢ بُيُوتِكُمْ أَوْ بُيُوتِ ءَابَآئِكُمْ أَوْ بُيُوتِ أُمَّهَٰتِكُمْ أَوْ بُيُوتِ إِخْوَٰنِكُمْ أَوْ بُيُوتِ أَخَوَٰتِكُمْ أَوْ بُيُوتِ أَعْمَٰمِكُمْ أَوْ بُيُوتِ عَمَّٰتِكُمْ أَوْ بُيُوتِ أَخْوَٰلِكُمْ أَوْ بُيُوتِ خَٰلَٰتِكُمْ أَوْ مَا مَلَكْتُم مَّفَاتِحَهُۥٓ أَوْ صَدِيقِكُمْ ۚ لَيْسَ عَلَيْكُمْ جُنَاحٌ أَن تَأْكُلُوا۟ جَمِيعًا أَوْ أَشْتَاتًا ۚ فَإِذَا دَخَلْتُم بُيُوتًا فَسَلِّمُوا۟ عَلَىٰٓ أَنفُسِكُمْ تَحِيَّةً مِّنْ عِندِ ٱللَّهِ مُبَٰرَكَةً طَيِّبَةً ۚ كَذَٰلِكَ يُبَيِّنُ ٱللَّهُ لَكُمُ ٱلْءَايَٰتِ لَعَلَّكُمْ تَعْقِلُونَ ﴾ (٦١)

كما يحثنا سيدنا محمد – رسول الله صلى الله عليه وسلم – ألا نتجاهل المكفوف حتى وان لم يشعر بوجودنا ، فيقول معلمنا الكريم صلى الله عليه وسلم – " ترك السلام على الضرير خيانة" فيكون من الاحرى عدم إرشادك للكفيف خيانة ، وعدم سؤالك عنه خيانة ، وعدم معاونته فيما يحتاج إليه خيانة .. إلخ .

٢- الثورات الاجتماعية ، ما تبعها من حركات إصلاحية عملت على نشر الاهتمام بالإنسان ، والاهتمام بحقوقه ، وتخلصه من الظلم ، مما يولد الاهتمام بالضعفاء والمعوقين .

وكان التقدم فى وسائل تعليم الطفل المعوق حسيا ، بداية الدعوة إلى إمكانية الاستفادة من طاقات المعوّقين ، والعمل على تعليمهم بأساليب تناسب إمكانياتهم ، فكانت طريقة برايل لتعليم المكفوفين ، وطريقة قراءة الشفاه لتعليم الصم ، بدايات هامة على هذا الطريق .

٣- ظهور عبقريات من بين فئات العجزة وأصحاب العاهات أمثال (هوميروس وتشارين برد ، وبتهوفن) ، والذين لم يمنعهم كف بصرهم ، وصمم آذانهم من إبراز عبقريات فذة فى الفنون ، والآداب، والموسيقى ، مما نبه الأذهان إلى خطأ الأفكار الشائعة عن الشرور والأرواح الشريرة التى تحيط بفئات العجزة .

وكانت نتيجة هذه الظواهر ، أن ظهرت أشكالا من الرعاية الاجتماعية لهذه الفئات ، فانتشرت الأديرة ، والملاجئ والتكايا ، والأروقة، كما اتسمت المؤسسات الدينية بطابع الرعاية الاجتماعية للعميان فى كافة العصور ، تمدهم بالمساعدات والهبات .

وفى أعقاب الحرب العالمية الأولى ، كانت الإعداد الهائلة من المعوقين الناتجة عن الحرب ، عاملاً هاماً فى البحث عن وسائل جديدة لرعايتهم . فبدأ التأهيل مصحوباً بصيغة اقتصادية ، تدعوا إلى الاستفادة من طاقات المعوقين فى الإنتاج ، وأنشئت أولى معاهد التأهيل المهنى فى الولايات المتحدة الأمريكية عام ١٩٣٠ ، وصحب ذلك التطور الهائل فى الجراحة والتطور فى صناعة الأجهزة التعويضية الذى صحب التطو

التكنولوجى بصفة عامة ، وأعلنت هيئة الأمم المتحدة وثيقة حقوق الإنسان فكانت نقطة تحول هامة فى نظرية المجتمعات نحو أبنائها ، فحلت النظرة الاجتماعية، محل النظر الاقتصادية ، وأصبحت الدعوى لرعاية المعوقين وتأهيلهم اجتماعيا ليعودوا أفراد مندمجين فـــى مجتمعـــاتهم ، يشـــعرون بحقوقهم كغيرهم من المواطنين .

على أننا لا نكرر أن القرن الثامن عشر ، كان نقطة تحول هامة فى كثير من الظواهر الإنسانية ، والعلمية ، وكـــان بحـــق فاتحـــة إصـــلاح اجتماعى اجتاحت كثيرا من الميادين والمجالات الإنسانية ، ســـاعد علـــى قيامها تطور العلوم الاجتماعية ، مثل علم الـــنفس ، وعلـــم الاجتمـــاع ، والانثربولوجيا ، والاقتصاد ، كما حققت العلوم البيولوجية تقدما هائلا فى ميدان العلاج الطبى باكتشاف مسببات كثير من الإمراض ذات الصـــبغة الاجتماعية كالدرن ، والتيفود .. إلخ . وأيضا كشف التقدم العلمـــى فـــى ميدان علم النفس التجريبى النقاب عن طبيعة الإمراض النفسية والعقلية ، التى ظلت زمنا طويلا مرتعا خصبا للخرافات ، وأعمال السحر والـــدجل وما إلى ذلك .

أما القرن العشرين بحق ، هو البداية الفعلية للنظرة الإنسانية للعلوم، والمعوقين ، وذلك لمعاونة العلاج الطبى فى تحقيق أهدافه ، بل أصـــبحت أساليب الخدمة الاجتماعية هى الوسيلة الوحيدة لعلاج أنواع معينـــة مـــن المرضى ، وأصحاب العاهات .

لقد تضافرت فى هذا القرن العشرين .. جهود العلماء والمفكرين فى سبيل توفير برامج التأهيل التى تساعد الفرد المعوق على استرداد أقصـــى

ما يمكن من إمكانياته فى الحياة ، وذلك عن طريق تنمية ما تبقى لديه من قدرات .

ويعمل الأطباء ، والمهندسون ، والاجتماعيون فى البحث عن كل ما يساعد الفرد المعوق من وسائل تكنولوجية ، واجتماعية ، ونفسية ، كـى يحيا فى بيئته ، ويقوم بأنشطته اليومية ، بأقل جـهد ممكن .

ثانياً : تطور الرعاية الاجتماعية الطبية للمعوقين فى مصر : (٣)

وفى هذا الميدان لم تتخلف مصر عن مواكبة ركب الحضارة فى أى وقت من الأوقات ، بل أن التاريخ ليشهد أن مصر القديمة . كانـت أبـر بأبنائها من سائر الحضارات ، فقد كان للمكفوفين على سبيـل المثـال ، يستخدمون فى شئون الدولة ، ودور العبادة . كما سبقت مصر الإسـلامية العالم ، بإنشاء المؤسسات الطبيـة كالمستشـفيات ، والعيـادات الطبيـة الخارجية أو البيمارستانات كما كانت تسمى فى الماضـى ، والملاجـئ ، وكان لنظام الوقف أثر هام فى رعاية المعوقين المرضى .

وفى العصر الحديث ، بدأت حركة الجمعيات الخيرية تغـزو هـذا الميدان ولقد أنشئت الجمعية الخيريـة الإسـلامية ، وجمعيـة المواسـاة الإسلامية كان هدفها الاساسى هو رعاية المرضى ، كما أنشئت الجمعيـة العامة لمكافحة الدرن ، والجمعية العامة لتحسـين الصـحة ، والجمعيـة المصرية لرعاية العميان .. إلخ .

وعندما صدر قانون الضمان الاجتماعى عام ١٩٥٠ ، أفـرد بـين نصوصه بابا لتأهيل المعوقين وأسرهم ، ومع بداية ثـورة يوليـو ١٩٥٢ اهتمت الحكومة بإنشاء مؤسسات تأهيل المعوقين ورعايتهم .

ثم صدر العديد من القوانين التى اختصت بعض مواردها برعاية المعوقين وتوفير سبل الحماية لهم مثل القانون رقم (٥٨) لسنة ١٩٧١ ، والقانون رقم (٦١) لسنة ١٩٧١ ، وأخيرا القانون رقم (٣٩) لسنة ١٩٧٥ ، الذى جمع شتات القوانين السابقة . وأيضا قانون التأمينات الاجتماعية رقم (٧٩) لسنة ١٩٧٥ المعدل بالقانون رقم (٢٥) لسنة ١٩٧٧ ، و(٩٣) لسنة ١٩٨٠ والتى تخدم بعض مواده فئة المعوقين ، من حيث إصابات العمل ، وتأمين العجز من العمل .

ولا يفوتنا فى هذا المجال ، أن نتذكر الاهتمام الرسمى والشعبى فى مصر الذى ظهر لرعاية معوقى ومشوهى حرب أكتوبر عام ١٩٧٣ ولقد تبلور هذا الاهتمام فى إنشاء مدينة الوفاء والأمل لتأهيل المعوقين ، بالإضافة إلى عقد المؤتمرات العلمية ، وحلقات البحث ، التى تبحث مشكلاتهم وسبل رعايتهم .

على أن التأهيل المهنى فى ج . م . ع ، لم يلق العناية الواجبة إلا منذ عهد قريب ، وبالتحديد منذ إنشاء وزارة الشئون الاجتماعية بل ومنذ إصدار قانون الضمان الاجتماعى سنة ١٩٥٠ ، وقبل ذلك اقتصرت جهود الرعاية الاجتماعية المعوقين على جهود متناثرة للأزهر الشريف ، ووزارة الأوقاف وبعض مؤسسات الرعاية بمرض الجزام ، والصمم وما إلى ذلك .

ويعتبر إصدار قانون الضمان الاجتماعى سنة ١٩٥٠ الذى نص فى المادة رقم ٤٢ من بابه الخامس على أن تقوم وزارة الشئون الاجتماعية بالاتفاق مع الوزارات والهيئات الأخرى باتخاذ إجراءات وتدابير ضرورية لإنشاء ، وتنظيم المعاهد والمدارس اللازمة لتوفير

الخدمات الخاصة لعلاج العجزة ، وتدريبهم ، وإعدادهم للعمل ، نقطة انطلاق لبدء منظم للرعاية الاجتماعية للمعوقين ، فأنشأت مكاتب التأهيل المهنى لذوى العاهات ، كما بدئ بإنشاء سجل خاص بهم فى وزارة الشئون الاجتماعية ، فضلا عن بدء نهضة اجتماعية شاملة بإيفاد بعثات للتخصص فى هذا النوع من الرعاية ، وما زلنا فى الطريق نحو شمول أسباب رعاية هذه الفئات بمختلف طوائفها وأنواعها فى شتى إنحاء الجمهورية .

ثالثاً: أهداف الرعاية الاجتماعية للمعوقين : (٤)

إن للمعوق حق أساسى فى أن نحترم كرامته وإنسانيته ومهما كان مصدر الاختلال ووجوه الإعاقة لده أو طبيعتها أو خطورتها فإن له نفس الحقوق الإنسانية التى للمواطن من نفس السن وهو ما يعنى بصفة عامة أن يتمتع بحياة لائقة أقرب ما تكون إلى الحياة الطبيعية وعلى أى حال ، يمكننا أن نميز أهداف الرعاية الاجتماعية لهذه الفئة على النحو التالى :

١- إيقاف تيار العجز بالاكتشاف المبكر لحالات الإعاقة ، ومساعدتها حتى يصل إلى أقصى ما تسمح به قدراتها وإمكانياتها .
٢- توفير فرص العلاج الطبى والنفسى لهم .
٣- توفير الخدمات الاجتماعية التى يحتاجونها عن طريق الاخصائى الاجتماعى ، بحيث تمتد هذه الخدمات إلى زويهم إذا تطلب الأمر ذلك.
٤- الاعتراف الواعى بهم كطوائف إنسانية لها كرامتها ، ولها حقوقها كى تحيا حياة كريمة .

٥- توفير الفرص المناسبة لهم للتعليم ، سواء فـــى فصـــول خاصـــة أو مدارس خاصة بهم تناسب قدراتهم واستعداداتهم .

٦- توفير فرص التوجيه والتأهيل المهنـــى ، بمـــا يتناســـب وقـــدراتهم واستعداداتهم الخاصة .

٧- توفير فرص التشغيل المناسبة لهم ، ويعتبر ذلك اســـتكمالا للجهـــود التأهيلية التى بذلت لهم .

٨- تنوير الرأى العام بمشكلاتهم ، وحثه علـــى بـــذل الجهـــود لتقـــبلهم ومساعدتهم .

٩- تشجيع البحوث العلمية فى مجال رعاية المعوقين ، لتطـــوير أســـس الرعاية وأساليبها .

١٠- تهيئة المؤسسات والطرق ، والمواصلات وغيرهـــا كـــى يمـــارس المعوق حقه فى استخدامها والاستفادة منها ، بما يضـــمن ســـلامته وعدم تعرضه للأخطار.

رابعاً - مفاهيم المعوق والإعاقة وتصنيفاتها :-

أ- مفهوم المعوق : (٥)

تناول هذا المفهوم العديد من الهيئات والمؤسسات علـــى المســـتوى الدولى والمحلى وأشار إليه العديد من الباحثين فى مجال المعوقين وفيمـــا يلى بعض هذه التعاريف :-

عرفت منظمة العمل الدولية فى دستور التأهيل المهنـــى للمعـــوقين الذى أقره مؤتمر العمل الدولى سنة ١٩٥٥ المعوق بأنه" كل فرد نقصـــت

إمكانياته للحصول على عمل مناسب والاستقرار فيه ، نقصا فعليا ، ونتيجة لعاهة جسمية أو عقلية " .

وعرفتهم اللجنة القومية للدراسات التربوية بأمريكا بأنهم " أولئك الذين ينحرفون عن مستوى الخصائص الجسمية أو العقلية أو الاجتماعية أو الانفعالية لأقرانهم بصفة عامة إلى حد الذى يحتاجون فيه إلى خدمات تربوية ونفسية خاصة تختلف عما يقدم للعاديين حتى ينمو الفرد إلى أقصى امكانات نموه .

ونلاحظ على تعريف منظمة العمل أنه ربط بين الإعاقة ونقص القدرة فى الحصول على عمل مناسب والاستقرار فيه وهذا فى رأى الباحث تضييق وتحديد يشوبه القصور لأن هناك كثير من المعوقين يعانون من قصور فى مجالات أخرى عديدة ليس بالضرورة أن يكون من بينها العمل المناسب والاستقرار فيه أيضا ، قد تكون مسببات أخرى للإعاقة غير العاهات الجسمية أو العقلية .

إما **التعريف الثانى** : فإنه أعم واشمل من التعريف الأول الا أنه قصر الخدمات التى يحتاجها المعوق على الخدمات التربوية والنفسية فقط.

أما قانون تأهيل المعوقين فى مصر الصادر فى سنة ١٩٧٥ برقم ٣٩ فقد عرف المعوق بأنه " كل شخص أصبح غير قادر على الاعتماد على نفسه فى مزاولة عمله وفى القيام بعمل آخر والاستقرار فيه ، أو نقصت قدراته على ذلك نتيجة قصور عضوى أو عقلى أو جسمى أو نتيجة لعجز خلقى منذ الولادة ". (٦)

ويتفق هذا التعريف مع تعريف منظمة العمل الدولية فيما ذهب إليه من الربط بين الإعاقة ومزاولة العمل .

أيضاً عرف البعض المعوق بأنه "كل فرد يختلف عمن يطلق عليه لفظ سوى أو عادى فى النواحى الجسمية أو العقلية أو المزاجية أو الاجتماعية إلى الدرجة التى تستوجب عمليات التأهيل الخاصة حتى يصل إلى استخدام أقصى ما تسمح به قدراته ومواهبه .[٧]

أما "كيرك" فقد عرف المعوق بعد أن أطلق عليه اصطلاح "غير عادى" وهى احدى الاتجاهات الحديثة فى تناول مفهوم المعوقين ويعرفه بأنه " ذلك الفرد الذى ينحرف عن الإنسان العادى أو الإنسان المتوسط فى:

(أ) الخصائص العقلية . .

(ب) القدرات الحسية .

(ج) الخصائص العصبية أو العضلية أو الجسمية .

(د) السلوك الاجتماعى أو الانفعالى .

(ه) قدرات التواصل .

(و) جوانب قصور متعددة .

إلى الحد الذى يحتاج معه الفرد إلى تعديل فى الخبرات التعليمية أو إلى خدمات تعليمية خاصة بهدف تحقيق أقصى حد ممكن من النمو.[٨]

وتبين من التعريف السابق شموله للقدرات والخصائص التى يمكن أن تتعرض للإعاقة إلا أن التعريف جاء من منظور التربية الخاصة بتركيزه على الخبرات والخدمات التعليمية .

فى حين أن البعض الأخر يعرف أن المعوق بأنه " الشخص المصاب بإعاقة مزمنة أو حادة " والتى قد ترجع إلى (٩)

١- الضعف الجسمى أو العقلى أو تركيبة من الضعف الجسمى والعقلى.

٢- احتمال استمرارها غير محدد .

٣- ينتج عنها قصور أساسى فى ثلاثة مجالات أو أكثر من أنشطة الحياة الأساسية:

(أ) رعاية نفسه .

(ب) أسلوب التعبير والتقبل .

(ج) التعلم .

(د) الحركة .

(ه) التوجيه الذاتى .

(و) كفاية نفسه اقتصاديا .

٤- تظهر على الشخص حاجته إلى مجموعة أو سلسلة خاصة من الرعاية الشاملة أو العلاج أو الخدمات الأخرى التى تستمر مدى الحياة .

وتمشيا مع التعريف السابق للمعوق من تحديد لأسباب الإعاقة وما ينتج عنها عرف البعض المعوق بأنه " أى حالة يكون سببها الاصلى

متعلق بالجسد أو العقل أو العاطفة أو الجانب الاجتماعى ويتطلب اهتمامات ، وتوجيهاته ، جهود خاصة تخرج عن نطاق عمليات التنشئة الاجتماعية للأطفال الفاسدين ، العنيدين ، الرافضين .

وفى ضوء ما تم عرضه من تعاريف أمكن التوصل إلى مجموعة من الحقائق حول الإنسان المعوق وهى:- (١٠)

١- إن أساس الحكم على شخص ما أنه معوق "غير عادى" هو وجود قصور أو إعاقة توهن من قدراته فى جانب أو أكثر من جوانب حياته إلى الدرجة التى يحتاج معها إلى مساعدة متخصصة بهدف مساعدته على استعادة قدرته أو تعويضه باستثمار قدرات أخرى متبقية لديه أو التكيف مع الوضع الحالى .
٢- قد ترجع هذه الإعاقة أو القصور إلى أسباب وراثية ، خلقية أو حادثة مرضية ، اجتماعية ن ثقافية ، مجتمعية .
٣- أن المعوقين هم مواطنون تعرضوا بغير إرادة إلى مسببات بدنية أو عقلية أو حسب إعاقتهم عن السير سيراً طبيعياً فى طريق الحياة كغيرة من الأسوياء .
٤- هذا القصور أو الإعاقة قد تترتب عليها خلل فى النسق القيمى للمعوق الذى قد يؤدى أو يرتبط باضطرابات ومشاكل فى حياته وحياة أسرته ومجتمعه . (١١)

ب- مفهوم الإعاقة :

هناك مفاهيم مختلفة لمصطلح الإعاقة :

فيمكن تناولها على أنها " ضرر أو خسارة تصيب الفرد نتيجة الضعف أو العجز تحد أو تمنع الفرد من أدائه لدوره (تتوقف على عوامل

ثقافية ، اجتماعية ، جنسية ، العمر) وهى تمثل الجانب الاجتماعى للضعف أو العجز ونوع ودرجة الإعاقة تؤثران فى القيم والاتجاهات والتوقعات التى تراعى فيها البيئة الاجتماعية للأفراد ونتيجة فى علاجنا للإعاقة إلى إبعاد أساسية منها الاستقلال البدنى ، الحركة ، أداء العمل ، الاندماج الاجتماعى ، الاكتفاء الذاتى اقتصاديا . (١١)

وقد خضع مفهوم الإعاقة إلى تصنيفات أخرى مثل :

(أ) الإعاقة كشذوذ أو فقد (خسارة أو نقص)

(ب) الإعاقة من حيث الحالة الإكلينيكية.

(ج) القصور الوظيفى للنشاط اليومى.

(د) الإعاقة كانحراف وهناك اثنان من المظاهر تأخذهما فى الاعتبار هما:

١- انحراف عن الحالة البدنية المقبولة وعن المعايير الصحية :

٢- انحراف عن السلوك المناسب للحالة الاجتماعية الخاصة بالأفراد والجماعات .

(هـ) الإعاقة كضرر وتمشياً مع ما سبق عرف سميث ونيزورث الإعاقة على أنها عبأ يفرض على الفرد بجانب إنتاج غير مناسب بسبب الانحراف والبيئة ويشمل هذا الإنتاج المظاهر العاطفية والاجتماعية المختلفة كذلك خبرات الفرد الضعيف جسدياً . (١٢)

ويتناول أحرون الإعاقة على أنها ذلك النقص أو القصور أو العلة المزمنة التى تؤثر على قدرات الشخص فيصير معوقا سواء كانت الإعاقة جسمية أو حسية أو عقلية أو اجتماعية الأمر الذى يحول بين الفرد

والاستفادة الكاملة من الخبرات التعليمية والمهنية التـى يسـتطيع الفـرد العادى الاستفادة منها كما تحول بينه وبين المنافسة المتكافئة مع غيره من الأفراد العاديين فى المجتمع ولذا فهو فى أشد الحاجة إلى نوع خاص من البرامج التربوية والتأهيلية وإعادة التدريب وتنمية قدراته حتى يستطيع أن يعيش ويتكيف مع مجتمع العاديين بقدر المستطاع ويندمج معهم فى الحياة التى هى حق طبيعى للمعوق . (١٣)

وهناك من يربط مفهوم الإعاقة بالقدرة على العمل فيعرفون الإعاقة بأنها قصور فى نوع أو أكثر من العمل (أو العمل المنزلى) ينـتج عـن حالة صحية مزمنة أو ضعف يستمر لثلاثة أشهر أو أكثر ويرون أن هناك ما يسمى بالإعاقة الحادة وهى تتضمن عدم القدرة على العمـل تمامـا أو على نحو منتظم . (١٤)

وحتى تتضح مفاهيم الإعاقة لابد من تحديد بعض المفاهيم المرتبطة بها والتى وردت فى بعض التعاريف السابقة مثل الضعف ، العجز :-

(أ) الضعف ويقصد به أى خروج عن المعتاد سيكولوجياً أو بدنياً أو فى البناء التشريحى ، أو فى الوظيفة وهناك تصنيفات فرعية للضـعف كالضعف العقلى ، المتصل باللغة ، السمع، الهيكلى ، التشوة المتصل بمراكز الإحساس بصفه عامة وعلى نحو مختلف بينما يرى الـبعض الآخر أن الضعف هو وصف للحالة الصحية والجسدية للإنسان . (١٥)

وهناك من يربط بين الضعف والآثار التى تظهر فى قـدرة الفـرد الوظيفية فى سوق العمل وذلك من خلال ثلاثة مظاهر : (١٦)

١- النطاق (المدى) الذى يحدد علاقة الشخص بعمله التخصصى ووظائفه .

٢- مدى قسوة هذه القيود .

٣- المتطلبات ونعنى بها كم الإنجاز الوظيفى المفترض من خلال عمل الشخص ويعتمد هذا التحديد على المواصفات الكمية فى الفاقد من القدرة على كسب المال الذى يمكن أن ينسب إلى الضعف .

(ب) العجز وقد عرفته المنظمة العالمية للصحة فى سنه ١٩٨٠ بأنه نقص أو قصور (ناتج عن العاهة) فى القدرة على أداء نشاط ما بشكل سوى كما هو منتظر من الإنسان السوى . (١٧)

وقد عرف أيضا بأنه أى قيد أو فقدان للقدرة على أداء القدرة على أداء النشاط إلى درجة ما داخل حدود ما نعتبره فى الوجود الإنسانى والعجز متصل بقيد على مجموعة أنشطة متكاملة تتضح من خلال الواجبات ، المهارات ، السلوكيات . (١٨)

ومن ثم فإن العجز كما تراه ستيفنز هو حالة تتضمن العناصر الآتية:

١- انحراف فى الوضع الجسمى أو فى الأداء الوظيفى .

٢- يترتب على الانحراف نوع من عدم الملائمة الوظيفية .

٣- يكون ذلك فى إطار بعض المتطلبات البيئة .

أما مصطلح الإعاقة فإنه يستخدم للإشارة إلى مشكلات الرفض الاجتماعى بأشكاله المختلفة ، بمعنى الدرجات المتنوعة من العقاب وعدم الإثابة التى تتولد عن العجز ومن ثم فإن مظاهر العجز نفسه لا تكمن فى

الفرد نفسه وإنما هى نتاج تفاعل الفروق الفردية من ناحية وبين الظروف البيئية من ناحية أخرى ، أى أنه يشير إلى الأشخاص الذين يبدو أن مظهرهم الجسمى أو أدائهم الوظيفى فى ظروف بيئية معينه يضعهم فى مكانة أقل من غيرهم ويترتب على هذه المكانة المنخفضة فقدان للإثابة أو على الأقل مواجهة صعوبات أكبر فى الحصول عليها . أو ربما التعرض لشكل أو لآخر من أشكال العقاب هذه النتائج السلبية المختلفة فى مجموعها هى التى تكون ما نطلق عليه عادة الإعاقة . (١٩)

(ج) تصنيفات الإعاقة :

لقد تعددت تصنيفات المعوقين بتعدد التعريفات التى أوردناها سابقاً حيث يرى البعض أنه أيا كانت تصنيفات الإعاقة فإن أصحابها يستحقون الشفقة ويرون أن هناك أنواعا عديدة من الإعاقة : العاجزين المبتورين ، التهاب المفاصل المزمن المكفوفين ، مشاكل العظام ، الضرر العقلى ، الحروق ، السرطان ، الشلل المخى ، الطرف والفم المشقوق ، الأصم ، البول السكرى ، المشوهين ، الاضطرابات العاطفية ، الصرع ، مرضى القلب ، التخلف العقلى ، البلاهة الخلقية ، التصلبات المتضاعفة ، الضمور العضلى ، الخرس ، الشلل ، الاضطرابات النفسية ، ضربات القلب والتمتمة فى بعض المناقشات . (٢٠)

ويضيف كثير من المتخصصين أنواعا أخرى من الإعاقات إلى ما سبق الأمر الذى يدفعنا إلى تحديد بعض تصنيفات الإعاقة كما يلى :-

أولاً : تصنيف الإعاقة وفق أسبابها وأعراضها : (٢١)

(أ) الإعاقة بدون تأثر البناءات العصبية وتتمثل فى كل ما هو عظمى أو مفصلى أو الأماكن الرخوية . أيضا التشـوهات الخلقيـة ، واثـار الإمراض المعدية .

(ب) الإعاقات ذات التأثير العصبى والناتجة عن إصابة الجهاز العصـبى المحيطى عند الولادة وتتمثل فى الشلل بأنواعه ، والإعاقة الناتجة عن الخدوش . والإصابات إثناء الولادة أو الناتجة عن الإمراض الولادية والخلقية .

(ج) الإعاقة ذات التأثير العصبى والناتجة عن الجهاز العصبى وتتمثل فى الإعاقة الحركية الدماغية والتى تعد نتاجا لبعض الإمراض الدماغيـة أو التهابات دماغية أثناء مرحلة الطفولة الأولى ، أو ناتجة عن بعض الأورام .

ثانياً- تصنيف من وجهة نظر التربية الخاصة : (٢٢)

١- إضطرابات وقصور فى مجالات التواصل ، وتضم من لديهم قصور فى التعلم ، والذين يعانون من إعاقات فى النطق .

٢- انحرافات فى القدرات العقلية وتضم الأطفال الموهوبين ، والأطفـال المتخلفين عقلياً .

٣- انحرافات وقصور فى القدرات الحسية وتتضمن الذين لديهم إعاقات سمعية والذين لديهم إعاقات بصرية .

٤- أشكال القصور العصبى أو القصور فى القوام والحركـة والإشـكال الأخرى المزمنة .

٥- اضطرابات السلوك الانفعالى والاجتماعى .

ثالثاً– تصنيف الإعاقة حسب مجال العجز : (٢٣)

حيث يعتبر هذا التصنيف من التصنيفات الشائعة بين الاجتماعيين من حيث :-

١- الإعاقة الجسمية وهى تلك التى تتصل بالعجز أو القصور فى وظيفة الأعضاء الداخلية للجسم سواء المتصلة بالحركة ، أو أعضاء متصلة بعملية الحياة البيولوجية وتكون لها صفة الاستمرارية وتؤثر على ممارسة الفرد لحياته الطبيعية سواء كان تأثيراً تاما أو نسبياً . ومن ثم فالإعاقة الجسدية تشمل سلسلة واسعة من المشوهين ، أو المشاكل الصحية الأخرى مثل الشلل المخى . إصابات العمود الفقرى ، البول السكرى للأحداث التغذية السيئة أو الناقصة للعضلات ، وأمراض القلب والرئتين .

٢- الإعاقات العقلية وهى التى تشمل الإمراض العقلية والضعف العقلى.

٣- الإعاقات الاجتماعية وتعنى العجز عن التفاعل السليم مع البيئة والانحراف عن المعايير والقيم وثقافة المجتمع .

٤- الإعاقات الحسية وتشمل العجز فى الجهاز الحسى كالمكفوفين والصم والبكم .

٥- الإعاقات النفسية وهى تصيب الفرد عندما يصطدم بعقبات لا يستطيع تكوينه النفسى استيعابها ويترتب عليها سلوكيات غير ملائمة .

٦- إعاقات الاتصال وتشمل عيوب النطق والكلام .

٧- إعاقات التعلم وتطلق على نواحى القصور والعجز ، واتجاهـات أو طرق الاستجابة للمثيرات التى تعبر عن نفسها فى صورة عجز الفرد عن التعلم أو التقدم فى التعلم تبعا للمستوى المتوقع منه .

٨- الإعاقة المهنية وهى تشير إلى عدم القدرة على أداء نفس العمل الذى يقوم به الفرد كما كان يفعل قبل بداية الإعاقة ، أو عدم القدرة علـى العمل فى كل الساعات المحددة .

الأثر المعوق للمسميات السلبية :-

أن نظم التصنيف الذى تركز على جوانب الضعف أو القصور والتـى تستخدم مسميات سلبية تحمل وصمة للأفراد تفرض مزيدا من الإعاقـة . ومن المظاهر التى لها أثار سلبية واضحة : (٢٤)

١- احتمال انتشار وتعميم المسمى السلبى ، لأنه عندما تطلـق تسـمية معينة تضع التركيز الأكبر على نواحى الضعف أو القصـور مثـل الكفيف ، المصاب بالشلل ، يبدو أن هناك أثرا معمما على مـدركات الآخرين للابن غير العادى ، فنحن نميل إلـى افتـراض الدونيـة أو الانحراف فى مجالات أخرى للأداء الوظيفى نظرا للقصور فى مجال معين .

٢- تحقيق الذات مـن خلال المسمى السلبى – فقـد دلـت الدراسـات على:(٢٥)

(أ) أن الذين يتم إخبارهم بأن آخرين يحملون مسـميات سـلبية سـلكوا تجاههم بطريقة تختلف عن الطريقة التى كان يمكن ان يسلكوا بها لو أنهم يجهلون المسميات التى يحملها هؤلاء الأفراد .

(ب) أن الأشخاص الذين يحملون مسمى سلبيا ويعلمون أن الآخرين يعرفون المسمى الذى يحملونه يحاولون انتزاع وتبديد الأثر السلبى للخصائص الكامنة فى هذا المسمى وهذا السلوك التعويضى كثيرا ما يؤدى إلى خلق اتجاه للرفض من الجانب الأخر ومن ثم يدعم المدركات السلبية التى تتولد أصلاً عن التسمية .

ومن ثم نحاول قدر الامكان أن نبتعد عن نظم التصنيف القائمة على هذا الأساس حتى يمكن تلافى الأضرار والسلبيات التى يمكن أن تترتب على ذلك ولعل تلك السلبيات هى التى دفعت البعض إلى استخدام مصطلح غير العاديين Exceptional بدلا من مصطلح "المعوقين" لأن المصطلح السابق يشير إلى كل فرد يختلف عن الأفراد العاديين بدرجة يجعله يحتاج إلى خدمات خاصة حتى يمكن الاستفادة من طاقاته الكلية . [٢٦]

خامساً : الرعاية الاجتماعية واحتياجات المعوقين :

نستطيع وصف الرعاية الاجتماعية بأنها نظام اجتماعى مركب يتضمن فى اعتبارها مجموعة التنظيمات التى تسعى لتحقيق المتطلبات الاجتماعية والاقتصادية والصحية لأفراد المجتمع . [٢٧] ومن ثم فهى تتضمن العديد من برامج الخدمات الاجتماعية الموجهة للفرد والأسرة والمجتمع ، بجانب الجهود والإسهامات المتعددة لدعم النظم الاجتماعية الأخرى فى المجتمع . [٢٨]

أما عن مفهوم الرعاية الاجتماعية للمعوقين فهى " تلك الجهود الحكومية والأهلية والدولية المنظمة والهادفة لاستثمار طاقات الفرد المعوق إلى أقصاها ، سواء كانت طاقاته القادرة أو طاقته القاصرة ليتم له

أنسب توافق ممكن بينه وبين بيئته الاجتماعية بما يحفظ له كرامته وحقه كإنسان فى الحياة . (٢٩)

ونحن نقترح فى دراستنا تعريف الرعاية الاجتماعية للمعوقين بأنها " مجموعة من الخدمات المتكاملة والمنظمة والهادفة لتحقيق أقصى استثمار ممكن للقدرات والإمكانيات المتاحة والتى يمكن استثارتها للإنسان الغير عادى حتى يكون أكثر قدرة وفعالية فى التعامل مع نفسه ومع البيئة المحيطة به بالشكل الذى يحافظ ويدعم حقه فى الحياة الطبيعية .

ونعتقد أن محاولتنا فى الوصول إلى مفهوم للرعاية الاجتماعية للإنسان غير العادى يختلف عن التعريف السابق له من حيث التأكيد على أهمية تكامل الخدمات الموجهة لغير العاديين وأهمية اكتشاف قدرات جديدة والتركيز على زيادة قدرة الفرد على التأثير فى نفسه وعلى التأثير فى البيئة المحيطة وليس مجرد التوافق معها . (٣٠)

- **احتياجات المعوقين وبرامج رعايتهم :**

يمكننا تقسيم هذه الاحتياجات إلى ثلاثة أنواع : (٣١)

١- احتياجات فردية وتتمثل فى :-

(أ) بدنية مثل استعادة اللياقة البدنية وتوفير الاجهزة التعويضية .

(ب) إرشادية مثل الاهتمام بالعوامل النفسية والمساعدة على التكيف وتنمية الشخصية .

(ج) ج- تعليمية مثل افساح فرص التعليم المتكافئ لمن هم فى سن التعليم مع الاهتمام بتعليم الكبار.

د- تدريبية مثل فتح مجالات التدريب تبعا لمستوى المهارات وبقصد الإعداد المهنى للعمل المناسب للعائق .

٢- احتياجات اجتماعية وتتمثل فى :

(أ) علاقية مثل توثيق صلات المعوق بمجتمعه وتعديل نظرة المجتمع إليه.

(ب) تدعيمية مثل الخدمات المساعدة التربوية والمادية واستمارات الانتقال والاتصال والإعفاءات الضريبية والجمركية .

(ج) ج- ثقافية مثل توفير الأدوات والوسائل الثقافية ومجالات المعرفة .

(د) د- أسرية مثل تمكين المعوق من الحياة الأسرية الصحيحة .

٣- احتياجات مهنية وتتمثل فى :

(أ) توجيهية مثل تهيئة سبل التوجيه المهنى مبكرا والاستمرار فيه لحين انتهاء عملية التأهيل .

(ب) تشريعية مثل إصدار التشريعات فى محيط تشغيل المعوقين وتسهيل حياتهم .

(ج) محمية مثل إنشاء المصانع المحمية من المنافسة لفئات من المعوقين يتعذر إيجاد عمل لهم مع الأسوياء .

(د) اندماجية مثل توفير فرص الاحتكاك والتفاعل المتكافئ مع بقية المواطنين جنبا إلى جنب .

كل هذه الاحتياجات تلعب الخدمة الاجتماعية دورا كبيرا فيها بتقديم خدمات الرعاية الاجتماعية للمعوقين والتى يمكن عرضها فيما يلى:

١- الخدمات الوقائية :

أن الجانب الوقائى فى مشكلة المعوقين لا ينبغى إغفاله عند علاج هذه المشكلة ، إذ لا يمكن أن يكون للخدمات المبذولة فى هذا الميدان طابع ايجابى دون أن تمتد آثاره إلى مصادر المشكلة وجوانبها المختلفة بغية الحد من تفاقمها ، لهذا بادرت كثير من الحكومات لوضع لوائح وقوانين تحمى الأفراد من إصابات العمل ، وتوفير وسائل الأمن الصناعى ، كما أن إجراءات تدعيم الصحة هى إجراءات غير مباشرة للوقاية من حدوث الإعاقة مثل التوعية بأساليب التغذية السليمة ، وخدمات رعاية الحوامل والتحصين ضد الإمراض المعدية والتى تؤدى إلى معوقات جسيمة وحسية مثل شلل الأطفال وكف البصر ، كما أن الاكتشاف المبكر لكثير من الإمراض والعلاج منها يؤدى إلى الوقاية من أى عجز ينتج عنها .

٢-خدمات الحصر والتسجيل :

أن المبادرة فى اكتشاف حالات الإعاقة وتحويل المعوق فى الوقت المناسب لذوى التخصص لذو أهمية بالغة فى نجاح عملية التأهيل الاجتماعى للمعوقين ، ويتوقف اكتشاف الحالات على تنظيم عمليات الحصر والتسجيل والتحويل وتكامل مجهودات الخبراء الأخصائيين فى هذا المجال مما يساعد على تحديد حجم مشكلة المعوقين والتخطيط لها.

٣- الخدمات الطبية :

ويقصد بها الأشراف الصحى على المعوقين سواء من ناحية علاج العاهة ، أو أى أمراض أخرى ويجب أن يكون الأشراف الصحى مستمرا

ومتوافر مع الاهتمام بالعلاج الطبيعي وخاصة فى حالات الإعاقة الجسمية وتوفير الأجهزة التعويضية اللازمة .

٤- الخدمات النفسية :

لاشك أن الإعاقة ذات تأثير شديد فى اضطراب الاتزان الانفعالى للفرد ومهما كانت درجة صحته النفسية ، ونادرا ما ينجح المعوق بنفسه فى إعادة تكيفه مع بيئته باكتشاف الإمكانيات الباقية له وتقبل وضعه الجديد ، ولكن فى أغلب الحالات يعجز المعوق عن ذلك ويتضح ذلك فى سلوكه فقد ينكر أنه مصاب بمرض ما ويحاول إخفاء نواحى العجز والقصور ، أو يميل نحو العزلة والانطواء أو يميل لحياة اللذة العاجلة ، أو للمبالغة والتهويل نحو أصابته . وكل هذه الاستجابات الشاذة تحتاج لخدمات نفسية لتغيير نظرة المعوق إلى نفسه والاستفادة من إمكانياته الحقيقية المتبقية . ولا ينجح الاخصائى الاجتماعى النفسى فى ذلك إلا بعد دراسة دقيقة لمجموعة من العناصر منها :

مدى تأثير الإعاقة على شخصية المعوق وسلوكه ، ومستوى ذكائه واستعداداته العقلية ، استعداده للتعاون والاستفادة من برامج الرعاية ، تحديد ما إذا كان التعويق ناتج عن إصابة عضوية أم أنه انحراف وظيفى أى سلوكى فقط .

٥-الخدمات الاجتماعية :

تبدأ هذه الخدمات بدراسة الاخصائى الاجتماعى للحالة أى يتعرف على كل ما يحيط بالمعوق من ظروف دراسية ومهنية وكيفية الإصابة بالعائق مستخدما فى ذلك مجموعة من الأدوات المهنية كالمقابلة والزيارة

المنزلية وغيرها من الأساليب المهنية المستخدمة فى خدمة الفرد ، حتى يسعده فى التغلب على المشاكل التى تواجهه أو تواجه الأسرة نتيجة الإصابة بهذه الإعاقة ، وحيث أن كل إنسان هو عضو فى جماعة لها تأثيرها القوى على شخصيته فان الاخصائى يستخدم الأساليب المهنية لطريقة خدمة الجماعة لكى يساعد المعوق فى التكيف مع ظروف المؤسسة التى ترعاه ، وتزويده بالعادات الاجتماعية والخلقية السليمة ودعم سلوكه الاجتماعى من خلال برامج الترويح المختلفة فالمعوق لا ينبغى أن تحرمه عاهته من الاستمتاع بالترفيه عن طريق إدخال بعض التعديلات فى البرامج الترفيهية العادية لتصبح ملائمة لإشباع حاجات المعوقين ، وإذا كان الترويح لازما للأطفال الطبيعيين فهو أكثر لزوما للأطفال المعوقين ، فمن خلاله يمكن للمعوق أن يكتسب ، ويدعم العديد من مظاهر السلوك الاجتماعى السليم كالتدريب على العمل الجماعى والقيادة والتعاون والمبادأة ....إلخ . كما يستخدم الاخصائى الاجتماعى أيضا أساليب طريقة تنظيم المجتمع كالمشاركة فى القيام بالبحوث العلمية والمؤتمرات وبرامج التدريب المختلفة للعاملين فى مجال الرعاية ، هذا فضلا عن توعية الجماهير بأسلوب وعلاج مشكلات المعوقين لتحسين اتجاهات المجتمع نحوهم .

٦- الخدمات التعليمية :

يقوم بتعليم التلاميذ المعوقين مدرسون متخصصون فى تعليم أصحاب الحاجات الخاصة وفقا لنوع العاهة . ويراعى فى الخدمات التعليمية تكييف المنهج وطريقة التدريس مع إمكانيات وقدرات المعوق.

٧- الخدمات المهنية :

وهو ما يسمى بالتأهيل المهنى ، والواقع أن التأهيل كلمة مألوفة للأطباء وأخصائيو العلاج الطبيعى والأخصائيين الاجتماعيين وعلى الرغم من أن الجميع يتفقون على الهدف الاساسى له إلا أنهم يختلفون فيما بينهم فى تعريفه ، ولقد ظهر رأيان فى هذا الصدد .

الأول هو : مدرسة تعتقد أن هناك فرق بين التأهيل والعلاج بسبب اختلاف كل منهم وأن كان كل منهم مكمل للآخر .

الثانى هو : مدرسة ترى أن التأهيل والعلاج أجزاء فى عملية واحدة .

ونحن نرى أن التأهيل هو برنامج يهدف إلى إعادة المعوق للعمل الملائم لحالته فى حدود ما تبقى له من قدرات بقصد مساعدته على تحسين أحواله المادية والنفسية ، أى أن التأهيل هو عملية لإعادة البناء وتجديد وتكييف لوضع جديد.

٨- الخدمات التشريعية :

تسن كافة الدول تشريعات تنظم خدمات الرعاية الاجتماعية للمعوقين مثل قانون الضمان الاجتماعى رقم ١٣٣ لعام ١٩٦٤ ، الذى ألزم وزارة الشئون الاجتماعية بإنشاء الهيئات اللازمة لتوفير خدمات التأهيل المهنى للمعوقين ، والقانون رقم ٩١ لعام ١٩٥٩ الذى أعطى لكل معوق تم تدريبه مهنيا الحق فى قيد اسمه بمكتب العمل والزم أصحاب الأعمال بتشغيل المعوقين مهنيا فى حدود ٢% من مجموع العاملين لديهم ، هذا بخلاف الامتيازات الأخرى مثل إعفاء مصانع المعوقين من ضريبة الإرباح التجارية والصناعية وغيرها .

وبعد انتظار طويل صدر القانون رقم ٣٩ لعام ١٩٧٥ لجمع شتات النصوص التى تفرقت قبل صدوره فى عشرات القوانين السابقة.

مما سبق نجد أن برامج الرعاية الاجتماعية برامج مهنية منظمة ومخططة يقوم بها الشعب والحكومة سواء على المستوى المحلى أو الاقليمى أو العالمى ، وعلى المستوى الوقائى والعلاجى والانمائى والتشريع ، ويقدم فيها خدمات اجتماعية وطبية ونفسية وتعليمية ومهنية وغيرها سواء للمعوق فردا أو جماعة داخل مؤسسات التأهيل المهنى وخارجها أو لأسرته من خلال الجمعيات المختلفة .

سادساً : مشكلات المعوقين : (٣٢)

العلاقة بين الشخص والبيئة الاجتماعية المحيطة به علاقة وطيدة ومتبادلة منذ بدء الخليقة ، لذلك فان أى حادثة من شأنها أن تبعده ولو مؤقتا عن هذه البيئة أو تعوق تكيفه معها ، لذات الاثر ظاهر فى تطور الشخصية وانحرافها بدرجة كبيرة عن المألوف .

من أمثلة هذه الحوادث تلك التى تصيب قواه الجسمية أو النفسية أو العقلية فكلها مظاهر للإعاقة التى تعمل على عزل الفرد عن غيره من أفراد البيئة .

وفيما يلى عرض لأهم المشكلات التى ينفرد ويعيش بها المعوقين:-

١- المشكلات الاجتماعية :

المشكلات الاجتماعية التى تواجه المعوق هى غالبا التى تحدد علاقته بالمحيط الاجتماعى المرتبط به وظهور علامات لسوء التكيف مع

هذا المحيط مما يؤثر سلبيا على فاعليـــة أداءه لـــدوره الاجتمـــاعى فـــى المجتمع.

وتأخذ المشكلات التى تواجه المعوق من الناحية الاجتماعية صـــور متعددة منها ما يتعلق بالأسرة والمجتمع والزمرة والترويح .

وفيما يتعلق بالأسرة : يمكن القول أن وجود معوق واحـــد فـــى أى أسرة من شأنه أن يحدث عدم استقرار داخل نسق العلاقـــات الاجتماعيـــة داخلها فلا يخفى على أى أحد أن الأسرة لا ترحب ولا ترغب أن يكـــون أحد أفراد أسرتها من المعوقين ولهذا الموقف آثار سلبية يمكن توضـــيحها فيما يلى :-

١- هذا الشعور قد ينعكس على المعوق بطريقة سلبية فتضطر الأســـرة إلى معاملة المعوق معاملة حسنة تتسم بالعطف والشفقة الزائدة وقـــد يرفض كثير من المعوقين هذا السلوك ، ناهيك عن الآثار السلبية لهذا السلوك من حيث الاعتماد والتواكل .

٢- قد ينعكس نفس الشعور بطريقة عكسية فيعامل أفراد الأسرة المعوق بطريقة استفزازية تعيق تكيفه مع أعضائها .

٣- تؤثر المشاعر السابقة على درجة أداء المعوق لدوره الاجتماعى فى المجتمع بشكل جيد .

٤- كثيرا ما تحرج الأسرة الطفل المعوق فى المجتمع الخارجى وتشعره بالخجل وربما بالعار من وجود طفل كهذا بين أعضائها ممـــا يـــؤثر تأثيرا بالغا على علاقات هذا الطفل بالبيئة والتى سوف يكتسب فـــى هذه الحالة بعض السمات كالانطواء والاكتئاب والخوف والقلق ..إلخ.

٥- عدم قيام المعوق بدوره الاجتماعى فى الأسرة سوف يؤثر تأثيرا سلبيا على قيامه بالأدوار لباقى أعضاء الأسرة كنسق هذا من ناحية ومن ناحية أخرى قد تعزى أسباب الإعاقة إلى عوامل وراثية مما يثير القلاقل والمنازعات الأسرية بين الزوج والزوجة حول وجود هذه الإعاقة بين عائلات أحداهما حيث قد يلقى احدهم مسئولية الإعاقة على الآخر .

وأكثر المشكلات الأسرية أثر على الأسرة هى تلك التى تصيب فجأة رب الأسرة لتقاعده عن العمل مما يؤثر على مستوى معيشتها واضطراب علاقتها كما قد تكون هذه الإصابة للابن الأكبر أو الابن الأوحد الذى انتظرته الأسرة طويلا وما يحيط بهذه الإصابة من ظروف تحمل أحد أفراد الأسرة مسئوليتها لتزيد من حالات الشعور بالذنب والاكتئاب .

ونود أن نشير فى نهاية حديثنا عن المشكلات الأسرية أن مستوى تعليم الوالدين وثقافتهما ومدى قوة الإيمان الذى يحيط بأعضاء الأسرة عوامل هامة فى تقليل أو محو هذه المشكلات .

وفيما يتعلق بالمشكلات التى يخلقها المجتمع : بأفراده وتنظيماته يمكن القول أن المعوق لا يعانى من مشكلات التكيف الشخصى بقدر ما يعانى من مشكلات التكيف الاجتماعى فى المجتمع الخارجى ، فنظرات العطف أو الاشمئزاز والازدراء التى يلقاها المعوق من المارة تقتل فيه كل أمل مما يؤثر على توافقه الذاتى فى قبول إعاقته ، فالقبول الاجتماعى للعاهة أصعب بكثير من القبول الذاتى لها ، قد يستطيع المعوق أن يتوافق مع ذاته ويقبل أعاقته ، الا أن رفض المجتمع له سواء كان شعوريا أو غير شعوريا يقلل إلى حد كبير ليس فى توافقه الخارجى مع المجتمع بل

فى توافقه الشخصى مع ذاته هذا من ناحية ومن ناحية أخرى مازال المجتمع بخدماته وتنظيماته غير معد للمعوق فمازال يعامل على انه ذلك الشخص السليم كغيره فى الانتفاع بالمؤسسات الخدمية متجاهلين احتياجاته الخاصة وفرديته المتميزة فعلى سبيل المثال ما زلنا نطمع فى زيادة نسبة تشغيل المعوقين فى الحكومة ، ما زلنا نطمع فى تخصيص أماكن لهم فى المواصلات العامة ، ما زلنا نطمع فى المزيد من التشريعات الاجتماعية التى تحمى حالات الإعاقة المفاجئة وأسرهم من الضياع بعد اهتزاز مستوى معيشتها بسبب إصابة عائلهم .. إلخ .

وفيما يتعلق بمشكلات الترويح : يمكن القول أن العاهة تؤثر على قدرة المعاق على الاستمتاع بوقت الفراغ ، فممارسة المعوق لأى نوع من أنواع النشاط تتطلب طاقات خاصة لا تتوافر عنده كما أن أجهزة الترويح العامة معدة أساسا للأصحاء فضلا عن الصعاب التى تواجه المعوق عند ارتياد أماكن اللهو أو الحدائق العامة وما أشبه .

وفيما يتعلق بمشكلات الزمرة : يمكن القول أن جماعات الصداقة تمثل حاجات أساسية للفرد فى المراحل الأولى من العمر وأثر "علاقات الصحبة المباشرة على النمو الاجتماعى السليم ، وبالقدر الذى تتجانس أعضاء الجماعة بالقدر الذى يتحقق لكل عضو فيها النمو والشعور بالسعادة ومن ثم فعدم شعور المعوق بالمساواة مع زملائه وعدم شعور هؤلاء بكفايته لهم يؤدى إلى اتجاهات سلبية ينكمش المعوق على نفسه وينسحب من هذه الجماعات .

٢- المشكلات النفسية :

يواكب العجز سواء أكان بدنيا أو نفسيا أو عقليا تغييرا فـــى الحيـــاة النفسية لصاحبه ، فقد يشعر الإنسان بالنقص شعورا زائدا ، وكذلك بالعجز والاستسلام وعدم الشعور بالأمن واستخدام الحيل الدفاعية بصورة مرضية وكذلك عدم الاتزان الانفعالى ، وسوف نحاول فيما يلى أن نعرض لهـــذه الآثار النفسية بشيء من التفصيل :-

(أ) الشعور بالنقص :

يعمل على خلق الشعور بالنقص لدى المعوق عوامل متعددة منهـــا وأهمها أفراد المجتمع ذاتهم ، فهم يفترضون أن ذوى العاهات هم أشخاص أقل منهم لا فى الناحية التى فقدوها فحسب بل تتعداها إلى باقى النواحى ، وتصبح بالتالى النظرة عامة إلى الشخص بأكمله ، ومما يؤســف لـــه أن الكثيرين من أفراد المجتمع كثيرا ما يظهروا هذا المعنى فـــى تصـــرفاتهم تجاه المعوق ، ومن الغريب أنه قد يحدث ذلك من أقرب الاقـــربين إليـــه (ربما من غير قصد) .

ولما كان المعوق يحتاج كغيره من الأصحاء إلى التقـــدير كحاجـــة نفسية لكونه يمتلك طاقات وقدرات تعوضه عما فقده ، فمازال الأصـــحاء يذكرون عليه هذا ، مما يؤيد من احتمالات شعوره بالنقص والدونية ، وفى مقابل ذلك يحتاج المعوق أيضا إلى :-

١- تقدير الناس له وللظروف التى سببت له العجز والخارجة عن أرادته، كل ذلك من شأنه أن يخفف حدة الشعور بالنقص .

ويتولد عن الشعور بالنقص لدى المعوق الشعور برفض الذات وكراهيتها ليتولد عنه لا شعورية فى إيذاء نفسه أو التفكير فى الانتحار أو العدوان على الغير ومحاولة إثبات الذات ، كل ذلك يعوق عمليات التكيف الشخصى والاجتماعى السليم للمعوقين .

(ب) الشعور بالعجز وقلة الحيلة :

الشعور بالقصور الذى يوحى به إلى الفرد أحد أعضاء بدنه يصير على الدوام عاملا فعالا فى تشكيل سلوكه ، فقد يقبل المعوق العاهة ويستسلم لها ولعجزها مما يولد لديه أحاسيس متعددة ومتباينة منها الإحساس بالضعف والاستسلام ، مع رغبة انسحابية شبه دائمة وسلوك سلبى اعتمادى كما يشعر المعوق أن العالم المحيط به لا يستطيع هو أن يتحكم فيه ولا يقدم بسهولة على المضى فى اقتحامه ونتيجة للعاهة غالبا ما يشعر المعوق بقلة حيلته إزاء المشكلات التى تواجهه أو إزاء المحن والنكبات فهو يشعر لا شعوريا بأنها دائما أكبر منه على الرغم من بساطتها فى أحيان كثيرة .

(ج) الخوف الدائم وعدم الشعور بالأمن :

سبق أن تحدثنا أن عالم اليوم غير معد بشكل جاد لحياة المعوق سواء من ناحية الأفراد والمجتمع لمعاملتهم ، أو لقصور واضح فى خدمات المجتمع لهم ، كل ذلك سوف يؤثر على نظرتهم إلى المستقبل وخوفهم منه ، أضف إلى ذلك إلى أن ظروف العجز ذاتها غالبا ما تحيط المعوق بالقلق والتوتر والتوجس والخوف من المجهول وبتوقع الشر والتشاؤم ، فالحياة مع العجز تساعد علي تنمية هذه المشاعر النفسية .

وقد يصاب المعوق ببعض الإمـراض السيكوسـوماتية "الجسـمية النفسية" كرد فعل للإعاقة .

(د) عدم الاتزان الانفعالى :

لاشك أن المقصود بالاتزان الانفعالى هو تناسب الانفعـالات مـع المثيرات فالشخص العادى يتوقع أن يثار على قدر الموقف المحيـط به ، فإذا جاء سلوكه هكذا فنحن نطلق عليه أنه متزن انفعاليا ، على العكس من ذلك فاحتمالات عدم الاتزان تزداد مع المعوقين لأن العجز وقلـة الحيلـة وعدم الشعور بالأمن والخوف من المجهول كل ذلك سمات مصاحبة تزيد من احتمالات عدم الاتزان الانفعالى فهو دائما يتوقع من الناس أن تعاملـه وفق فرديته الخاصة كمعوق ، ولما لم يحدث ذلك يكـون المقابـل غالبـا الثورة والهياج لأتفه الأسباب كرد فعل لموقفه .

(هـ) المغالاة فى استخدام الحيل الدفاعية :

الحيل الدفاعية ذات صور متعددة منها النكوص والتبرير والإسـقاط والكبت والتقمص والانسحاب ، ويلجأ الشخص بطريقة لا شـعورية إلـى استخدام هذه الحيل ليتكيف إزاء المواقف التى تقابله من ناحية ولكى يشبع حاجاته النفسية من ناحية أخرى .

ولا تغالى القول فى أن الحيل الدفاعية يستخدمها الناس جميعا بدرجة أو بأخرى لكن الخوف يكمن فى استخدامها بطريقة متكـررة بمناسـبة أو غير مناسبة فى هذه الحالة سوف يكون الشخص مغالى فى استخدامه لهـا وتكون هذه الصورة غير مرغوب فيها وتصل إلى حد المرض لأنها فـى النهاية سوف تؤدى إلى ضمور الشخصية .

والذى يعنينا فى هذا الأمر أن المعوق قد يستخدم الحيل الدفاعية بصورة أكبر من غيره من البشر ربما لأن الظروف المحيطة به تدفعه رغما عنه لاستخدام هذه الحيل كما أنها ليست متكررة عنده كغيره من المرضى النفسيين .

ومن أهم الحيل الدفاعية التى يلجأ إليها المعوق هى وسيلة التعويض وربما تأخذ عنده سمة الإسراف فهى وسيلته للتكيف مع بيئته والسمة الدفاعية المميزة للمعوق هى بمثابة حماية لذاته المهددة دائما من الآخرين سواء بصورة مباشرة كالسخرية الواضحة أو بصورة غير مباشرة كالإهمال أو عدم إعارته الاهتمام الكافى .

٣- المشكلات المتنوعة للمعوق :

تنقسم هذه المشكلات إلى الأنواع التالية :

(أ) تعليمية .

(ب) طبية .

(ج) مهنية .

(د) تأهيلية .

ولسوف نتحدث عن كل نوع منها بشىء من التفصيل :-

(أ) المشكلات التعليمية :

تواجه المعوق خاصة الصغير بعض المشكلات المتعلقة بطريقة تعليمه وإكسابه المعرفة اللازمة من هذه المشكلات عدم وجود مدارس خاصة كافية للمعوقين على اختلاف أنواعهم ، شعور الطفل بالدونية داخل المدرسة العادية وعدم قدرته على استيعاب الدروس المعدة أساسا

للأصحاء سواء من ناحية السمع أو البصر مما يزيد من تخلف المعوق دراسيا وعدم تكيفه مع الجو المدرسى العام ، كل ذلك بالإضافة إلى أن كثير من الأطفال المعوقين يفتقدون القدرات التى تؤمن سلامتهم سواء خلال توجههم إلى المدرسة أو خلال تواجدهم فيها .

لذلك كله نرى ضرورة إنشاء مدارس خاصة للمعوقين مع توفير وسائل انتقال سلامتهم كما تفعل كثير من المجتمعات المتقدمة .

(ب) المشكلات الطبية :

المشكلات الطبية للمعوقين عديدة ومتنوعة ، فعلى الرغم من التقدم الهائل الذى حققه الطب فى فهم الإمراض وعلاجها فى القرون الأخيرة الماضية فما زالت هناك إعاقات كثيرة غير معروفة ، فعلى سبيل المثال، هناك الإمراض النفسية والعقلية والتى مازالت أسبابها القاطعة غير معروفة .

كما أن هناك مشكلات أخرى طبية ناتجة عن الإعاقة واستخدام الأجهزة الصناعية بسبب بعض الالتهابات فى الجلد بالإضافة إلى بعض الاضطرابات العضلية .

كما يؤدى فترة رقاد مريض الدرن إلى حالات إمساك شديدة واضطرابات معدية .

ويمكن ابراز اهم المشكلات الطبية للمعوقين فيما يلى :-

١- التكلفة المادية الباهظة خاصة إذا ما استدعى الأمر فترات علاج طويلة كأمراض الدرن والقلب والمرض العقلى والسكر .

٢- قلة عدد مراكز العلاج المتميز للمعوقين والتى تعالجهم بالتركيز على ظروفهم ومشكلاتهم .

٣- قلة عدد مراكز العلاج الطبيعي خاصة فى المحافظات وضعف إمكانياتها البشرية والمادية ، فلا توجد أجهزة كافية ولا فنيين بإعداد وفيرة .

(ج) المشكلات المهنية :

المشكلات المهنية من أهم ما يصادف المعوق فى حياته العامة خاصة إذا ما ارتبطت العاهة بظروف عمله وأدت إلى تركه للعمل الذى كان يزاوله فترة طويلة أو قصيرة .

مما تقدم لنا أن نتصور المشكلات المترتبة على ترك المعوق لعمله من الناحية النفسية والاجتماعية والاقتصادية ، ومن ناحية أخرى يثار سؤال هام – ما هو العمل الجديد الذى ينتظره وهل يتوافق هذا العمل وقدرته أم لا ؟

(د) مشكلات متعلقة بعملية التأهيل :

تواجه المعوق بعض المشكلات المتعلقة بالتأهيل المهنى فى مراكز ومكاتب التأهيل نذكر منها على سبيل المثال :-

١- عدم توفر الأجهزة التعويضية بشكل كاف .

٢- عدم التزام الدقة فى إعداد هذه الأجهزة فتخرج فى صور غير مناسبة للمعوق .

٣- تعقد الإجراءات الخاصة بحصول المعوق على أجهـزة التعـويض لدرجة أن بعض المعوقين فضلوا وضعهم هكذا عن الحصول علـى تلك الأجهزة بهذا الشكل .

٤- خلو مكاتب ومراكز التأهيل من الإشراف الطبـي والنفسـي الـدائم والمباشر حيث أن تردد هؤلاء المهنيين على هذه المكاتـب ضـعيف للغاية .

مراجع الفصل السادس

١- إبراهيم عبد الهادى المليجى : الممارسة المهنية فى المجال الطبى والتأهيل ، الإسكندرية ، المكتب العلمى للكمبيوتر والنشر والتوزيع، ١٩٩٦ ،ص ص:٢٨٨ – ٢٩١

٢- انظر :

- عطيات عبد الحميد ناشد وآخرون : الرعاية الاجتماعية للمعوقين، إسكندرية ، ١٩٩٠ .
- محمد سيد فهمى : السلوك الإجتماعى للمعوقين ، دراسة فى الخدمة الاجتماعية ، الإسكندرية ، المكتب الجامعى الحديث ، ١٩٩٨ .
- صلاح الدين الحمصانى : خدمات التأهيل فى مصر ، بحث لمؤتمر التكامل فى رعاية المعوقين ، القاهرة، ١٩٨١ ، نقلاً عن : محمد سيد فهمى ، السلوك الاجتماعى للمعوقين .
- إقبال بشير ، سلوى عثمان : محاضرات فى الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل ، الإسكندرية ، المكتب الجامعى الحديث ، بدون نشر .
- أمين إبراهيم على : سياسة وزارة الشئون الاجتماعية فى مجال رعاية المعوقين ، بحث لمؤتمر التكامل فى رعاية المعوقين ، القاهرة ، ١٩٨١ .

- إبراهيم عبد الهادى المليجى : الممارسة المهنية فى المجال الطبى والتأهيل ، مرجع سبق ذكره .
- محمد هبد المنعم نور : الخدمة الاجتماعية الطبيـــة ، القـــاهرة ، مكتبة القاهرة الحديثة ، ١٩٧٣ .
- محمد حسن : مقدمة فى الرعاية الاجتماعية ، مرجع سبق ذكره.

٣- إبـــراهيم عبـــد الهـــادى المليجـــى : مرجـــع ســـبق ذكـــره ، ص ص : ٢٩٥ -٢٩٦

٤- عطيات عبد الحميد ناشد وآخرون : الرعاية الاجتماعية للمعوقين ، الإسكندرية ، ١٩٩٠ ، نقلاً عن إبراهيم المليجى.

٥- زينب أبو العلا وآخرون : الخدمة الاجتماعية فى محيط الخـــدمات الخاصة ، مذكرات غير منشورة لطلاب الخدمـــة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ١٩٨٦ .

٦- يحيى حسن درويش : الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى والتأهيل الاجتماعى للمعوقين ، د . ت ، ١٩٨٣ ،ص٥١.

٧- عطيات ناشد وآخرون : الرعاية الاجتماعية للمعوقين ، القـــاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية ، ١٩٦٩ ،ص ٨٣ .

٨- فتحى السيد عبد الرحيم : قضايا ومشكلات فى سيكولوجية الإعاقـــة والمعوقين " النظريـــة والتطبيـــق " ، الكويـــت ، دار القلم ، ١٩٨٣ ، ص ١٧ .

٩- سامية محمد فهمى : الإعاقة فى محيط الخدمة الاجتماعية ، الإسكندرية ، المكتب العلمى للكمبيوتر والنشر التوزيع ، ١٩٩٥ ، ص ٢١٢ .

١٠- إقبال إبراهيم مخلوف : الرعاية الاجتماعية وخدمة المعوقين ، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية ، ١٩٩١، ص ص ١٩ - ٢٠ .

١١- انظر :

- سامية محمد فهمى : الإعاقة فى محيط الخدمة الاجتماعية ، مرجع سبق ذكره ، ص ص : ٢١١ – ٢١٣.
- أحمد محمد السنهورى وآخرون : الخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة ، القاهرة ، دار الثقافة للنشر والتوزيع ، ١٩٩١ ، ص ص : ٢٦١ – ٢٦٢

١٢- Marcus J. Fuher , Overview of outcome Analysis in Rehabilitation in Marcus, J Fuhers, Rehabilitation Outcome Analysis and Measurement Paul. H, Books publishing Co, Inc. Baltimore, ١٩٨٧, P. ٢ .

نقلاً عن : سامية محمد فهمى : الإعاقة فى محيط الخدمة الاجتماعية ، الإسكندرية ، المكتب العلمى للكمبيوتر والنشر والتوزيع ، ١٩٩٥ .

١٣- سامية محمد فهمى : مرجع سبق ذكره ، ص : ٢١٤ .

١٤- محمد عبد المؤمن حسين : سيكولوجية غير العاديين ، الإسكندرية ، دار الفكر العربى ،١٩٨٦،ص ص : ١٢ – ١٣.

١٥- Richard V. Burhkauser and Robert H. Haveman: Disability and work, The Economics of American policy, jams Haploing Uni. Press , London, ١٩٨٢, P ١١٧.

١٦- سامية محمد فهمى : مرجع سبق ذكره ، ص : ٢١٦ .

١٧- عبد الحميد نشوانى : علم النفس التربوى ، بيروت ، مؤسسة الرسالة ، ١٩٨٥ ، ص : ٩٩ .

١٨- سامية محمد فهمى : مرجع سبق ذكره ، ص : ٢١٦ .

١٩- Marcus J. Fuhest : OP : Cit, P : ٢ .

٢٠- فتحى السيد ، حليم السعيد : سيكولوجية الأطفال غير العاديين واستراتيجيات التربية الخاصة ، الكويت ، دار القلم ، ١٩٨٨ ، ص ص:٢٩٧-٢٨٩.

٢١- سامية محمد فهمى : مرجع سبق ذكره ، ص : ٢١٧ .

٢٢- عبد الحفيظ ونس : السمات الشخصية والانفعالية وعلاقاتها بالإعاقة الحركية المكتسبة لدى بعض المراهقين الجزائريين من الجنسين ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الآداب ، جامعة الإسكندرية ، ١٩٨٦ ، ص : ٢٦ .

٢٣- فتحى السيد ، حليم السعيد : مرجع سبق ذكره ، ص : ٢٠ .

٢٤- انظر

- إقبال إبراهيم مخلوف : الرعاية الاجتماعية وخدمات المعوقين ، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعيـة ، ١٩٩١ ، ص : ٥٦ .
- فؤاد بسيونى متولى : التربية ومشكلات الأمومـة والطفولـة ، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية ، ١٩٩٠ ، ص ص : ١٩ – ٢٠ .
- عثمان فراج : الاتجاهات والسلوك نحو الطفل المعوق ، مجلـة النيل ، العدد ٤٤ ، الهيئة العامة للاستعلامات ، يناير ١٩٩١ ، ص : ٧٩ .
- سامية محمد فهمى : الإعاقة فى محيط الخدمـة الاجتماعيـة ، الإسكندرية ، المكتب العلمى للطباعة والنشـر ، ١٩٩٥ .

٢٥- سامية محمد فهمى : مرجع سبق ذكره ، ص : ٢٢٠ .

٢٦- فتحـى السـيد ، حلـيم السـعيد : مرجـع سـبق ذكـره ، ص ص : ٣٣٢ – ٣٣٤ .

٢٧- عبد العزيز السيد : دارسة الاتجاهات لبعض العاملين فـى مجـال التعليم نحو الإعاقة ، مجلة دراسـات تربويـة ، المجلد الأول ، عالم الكتب ، القاهرة ، ١٩٨٦ ، ص : ٦٦ .

٢٨- محروس خليفة : ممارسة الخدمة الاجتماعية ، قراءات جديدة في قضايا الرعاية الاجتماعية ، ط١ ، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية ، ١٩٨٩ ، ص : ٧ .

٢٩- أحمد مصطفى خاطر : الخدمة الاجتماعية ، نظرة تاريخية ، مناهج الممارسة والمجالات ، الإسكندرية ، المكتب الجامعي الحديث ، ١٩٨٤ ، ص٣.

٣٠- عطيات عبد الحميد ناشد وآخرون : مرجع سبق ذكره ، ص : ١٨٣ .

٣١- سامية محمد فهمي : مرجع سبق ذكره ، ص : ٢٢٢ .

٣٢- محمد سيد فهمي ، السيد رمضان : الفئات الخاصة من منظور الخدمة الاجتماعية ، المكتب الجامعي الحديث ، ١٩٩٣ ، ص ص ٢٥٠ - ٢٥١.

٣٣- عبد المحي محمود حسن صالح : متحدوا الإعاقة من منظور الخدمة الاجتماعية ، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية ، ١٩٩٩ ، ص ص ٢٢٣ - ٢٢٦ .

٣٤- انظر :

- السيد متولى العماوى ، محمد السيد عامر : الخدمة الاجتماعية الطبية وتأهيل المعوقين ، مذكرات غير منشورة لطلاب الخدمة الاجتماعية ، ١٩٩٨ ، ص ص : ٣٢٥ – ٣٣٥ .

- عبد الفتاح عثمان : الرعاية الاجتماعية والنفسية للمعوقين ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية ، ١٩٨٠ ، ص : ٣٣ .
- إبراهيم عبد الهادى المليجى : الممارسة المهنية فى المجال الطبى والتأهيل ، الإسكندرية ، المكتب العلمى للكمبيوتر والنشر والتوزيع ، ١٩٩٦ ، ص ص : ٢٨٨ – ٣٠٠ .
- محمد سيد فهمى ، السيد رمضان : الفئات الخاصة من منظور الخدمة الاجتماعية ، الإسكندرية ، المكتب الجامعى الحديث ، ١٩٩٩ .
- عبد المحى محمود حسن : متحدوا الإعاقة من منظور الخدمة الاجتماعية ، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية، ١٩٩٩ .



الفصل السابع

الإعـــاقـــة

(الفلسفة - التأهيل - العناصر)

مقدمة:

عن طريق الحواس تتكون لدينا المعلومات الكثيرة عن ملايين الانعكاسات والمؤثرات من رشيد المنظورات والمسموعات والمحسوسات. وبناء على ذلك يمكن أن نقول أن المعوق حسياً هو الفرد الذى لديه قصوراً والذى لديه عجزاً فى أحد هذه الحواس وتكون قدراته أقل فيها بالنسبة للشخص العادى .

وفى هذا لا يمكن أن تعرض لكل الإعاقات الحسية ولكننا سوف نعرض بعض الأمثلة منها مثل المكفوفين ، الصم ، الضعف العقلى .

أولاً : الإعاقة البصرية (كف البصر)

يعتبر الإبصار من أهم الحواس وأكثرها إثارة حيث أن ثلثى المعلومات التى تأتينا عن العالم تصلنا عن طريق الجهاز البصرى ، وحيث أن المكفوفين يشكلون نسبة كبيرة فى البلاد العربية بصفة عامة ومصر بصفة خاصة حيث أن حدة الإبصار تختلف من فرد إلى آخر ومن عمل إلى آخر حيث يشير القانون رقم ٣ لسنة ٨١ بشأن المعاقين إلى أنه يعتبر معاقاً كل من فقد بصره كلياً أو ضعف بصره بدرجة لا يجدى معها تصحيح النظر .

حيث يعرف البعض كف البصر على أنه الحالة التى لا تزيد فيها قوة الإبصار عن ٣/٦٠ بعد التصحيح ، كما يستخدم البعض الآخر التعريف التالى :

" الأعمى هو من لا يتجاوز حدة الإبصار لديه ٢٠/٢٠٠ فى أحسن العينين مع استخدام العدسات الطبية " لأن مثل هذا الشخص لا يمكنه الاستفادة من الخبرة التعليمية التى تقدم للعاديين . (١)

وهناك من يعرف الكفيف بأنه " هو الشخص الذى لا يستطيع أن يجد طريقة دون قيادة فى بيئة غير معروفة لديه ، أو كانت قدرته على الإبصار عديمة القيمة اقتصادياً ، أو من كانت قدرة بصره من الضعف بحيث يعجز عن مراجعة عمله العادى .(٢)

كما تعرف منظمة العمل الدولية الكفيف بأنه من كان عاجزاً عن عد أصابع اليد على بعد أكثر من ثلاثة أمتار بأحسن العينين بعد التصحيح بالعدسات الطبية . ويعتبر كفيفاً كذلك من كان مجال البصر لا يزيد عن ٢٠ درجة مهما كانت قوة إبصاره .

وقد دلت الإحصاءات على أنه من بين كل أربعة من فاقدى البصر قانوناً ، يوجد ثلاثة لا تزال لديهم بقية من قدرة على الإبصار ، والكثيرون من الذين تعطل أبصارهم يستطيعون القراءة ثانية باستخدام عدسات بصرية خاصة وجديدة مثل النظارات الطبية أو العدسات اليدوية المكبرة مع تطوير وتحسين هذه العدسات حتى تستطيع الانتفاع بالقدر المتبقى من قوة الإبصار إلى آخر حد . (٣)

وبناء على ما تقدم يمكن تصنيف المعوقين بصرياً إلى ثلاث فئات هى :

١- ضعاف النظر بشكل شديد والذين لا يجدى معهم استخدام النظارات الطبية ، وتتمتع هذه الفئة ببعض الخبرات البصرية السابقة كبيرة كانت أم بسيطة .

٢- المكفوفون ممن أصيبوا بكف البصر بعد الولادة ولديهم خبرات بصرية سابقة .

٣- المكفوفون الذين ليست لديهم خبرات بصرية سابقة أى الذين ولدوا عمياناً .

وهناك من يقسم هؤلاء أيضاً إلى الفئات الآتية : (٤)

(١) فاقدو البصر فقدا كلياً أو القادرون على إدراك الضوء فقط .

(٢) القادرون على تمييز الأشياء والأشكال .

(٣) القادرون على السير وحدهم .

(٤) القادرون على القراءة إذا كانت أحرف الكتابة كبيرة جداً ، ويمكنهم القيام بأغلب شئونهم وحدهم ، إلا أن فرص العمل أمامهم محدودة .

كما يصنفهم الأخصائيون هكذا :

(١) المكفوفون إطلاقاً .

(٢) المكفوفين جزئياً ولهم بقايا بصرية تمكنهم من الاتجاه إلى النور والإحساس بالأجسام والتنقل وإدراك العالم الخارجى لكن بصرهم ضعيف جداً ولا يمكنهم من حياة مدرسية أو مهنية عادية .

(٣) إظلام البصر من غير علة عضوية ظاهرة . وهذا النوع يبصر الألوان وهو قادر على القراءة والكتابة باللون الأسود وكلهم فى حاجة إلى تربية وتكوين خاص .

فلسفة الرعاية التأهيلية للكفيف :

شهد مجتمعنا المعاصر تطورا فى أساليب البر فى ميدان الرعاية والخدمة الاجتماعية بوجه عام مما يؤدى إلى النظر إلى بعض الفئات مثل المكفوفين لإلقاء نظرة مغايرة لما كان مألوفا ومعروفا ، فلم يعد الكفيف سلعة لإرضاء الرغبة فى عمل الخير ، كما لم يعد الكفيف بضاعة لجمع المال للاحسان والتكفير عن السيئات ، وأخيرا لم تعد مهنة الكفيف محدودة فى نطاق تلك المهن التى تعتمد على عنصرين رئيسين من عناصر الإنسانية : العنصر الأول هو الشفقة على المعوق من جانب أفراد المجتمع ، أما الثانى فهو إيمان المعوق نفسه بأن لا مجال له مع المبصرين إلا أن يكون تابعا لهم حتى يستطيع أن يحصل على معاشه ورزقه بمعاونتهم .

ولقد نادت الحركة الديموقراطية بمبدأ تكافؤ الفرص والمساواة بين الأفراد بغض النظر عن جنسهم ولونهم ودينهم . إلى مكانة الكفيف كعضو فى المجتمع عليه واجبات وله حقوق ، من أهمها أن يمكنه المجتمع من ممارسة نشاطه فى حدود قدراته وإمكانياته كما أن التقدم فى ميادين العلوم الاجتماعية وعلم النفس وغيرها من العلوم الأخرى ، وما أسفرت عنه البحوث والآراء فى هذه الدراسات الإنسانية قد أدى إلى نتائج جيدة وملموسة الأثر فى هذا الاتجاه أهمها :

(أ) أن المواطن الكفيف له كامل الحقوق والواجبات كمثل غيره من المواطنين .

(ب) أنه عرضة للتخلف عن الآخرين نتيجة ما ألم به من إصابة أعاقته عن ممارسة حقوقه وعدم الوفاء بواجباته ما لم يتمكن من التغلب على هذا العائق .

(ج) أن الكفيف قادر على أن ينتج وان يساهم مع الآخرين إذا ما كيف وجهة .

(د) أن المجتمع يعتبر مسئولا عن تكيفه وتوجيهه لا من جانب الشفقة، بل واجباً محتم الأداء .

(هـ) أن الهدف من تقديم أى نوع من الخدمات إلى مكفوف البصر هو تمكينهم من الاستقلال والاعتماد على أنفسهم .

ولذلك فمثل هذه الخدمات يجب أن تركز على ما نسميه بالفردية بمعنى أن كل حالة يراد خدمتها يجب أن تكون مسبوقة ببحث فردى ، وأنه فى أية خطة توضع أو ترسم لتأهيل الكفيف يجب أن يلاحظ ويراعى جيدا اتجاه الكفيف المراد خدمته وقدراته وإمكانياته بجانب البيئة التى يعيش فيها والتى يعتبر عضوا من أعضائها العاملين .

فتأهيل الكفيف إذن يعنى به تأهيله حسيا وعقليا حتى يصل إلى أقصى درجة من الكمال ليسعد فى حياته الفردية والاجتماعية ، فإذا ما انتهى دور الرعاية والتوجيه عمدت الرعاية التأهيلية إلى مساعدته ليشق طريقه فى المجتمع ولا يتعثر نتيجة للصعوبات التى تفرضها عليه حالة فقدان بصره وإذا ما كبر فى السن انتهى الأمر إلى مساعدته بأقصى حد من المساعدة أسوة بغيره من المسنين .

وفى كل اتصال مع الكفيف فى المراحل السابقة التى تم الإشارة إليها يجدر أن يتجنب القائم بمهمة الرعاية أو التوجيه العاطفية ، فلا ينساق وراء عاطفة مبالغ فيها. وليس معنى ذلك أننا نجرده أثناء قيامه بمهمته فى التوجيه من جانب من إنسانيته ألا وهو العطف على من يستحق من إخوانه فى الإنسانية ، ولكن هذا العطف يجب أن يكون عطفا واعيا وبناءاً أساسه الخدمة الهادفة ، فلا ينسيه الغرض والرسالة التى من أجلها يعمل فى هذا الميدان . فالعون المادى أو العينى مثلا من الممكن استخدامه كأداة فى ميدان الرعاية ولكن لا كغرض فى ذاته .

إذ أن الهدف أو الغرض هو تمكين الكفيف من الوصول إلى درجة الاكتفاء الكلى أو الجزئى .

ويتطلب ميدان البحث الفردى فى محيط المكفوفين وغيرهم ممن بهم عائق أو قصور أن يكون الباحث ملم بكافة المصادر البيئية التى يمكن الاستعانة بها ، هذا بالإضافة إلى الإلمام بكافة المشكلات النفسية والطبية والاجتماعية التى يسجلها عن الحالة من عملوا معها أو كانت محل دراستهم واختبارهم . (٥)

عناصر الخدمات التأهيلية الاجتماعية للكفيف :

تهدف الخدمات التأهيلية الاجتماعية للكفيف نحو تمكينه من استعادة استقلاله الاقتصادى والاجتماعى وذلك عن طريق أنواع مختلفة من النشاط يمكن حصرها فيما يلى : (٦)

(أ) محاولة توفير العلاج الرمدى المستحق له من المكفوفين مما يمكن من تحسين درجة الإبصار إلى أقصى حد ممكن ، وسبق التعرض إلى هذا الموضوع فى تناولنا للخدمة الاجتماعية الرمدية .

(ب) توفير الخدمات التأهيلية التى تمد الكفيف بتأهيل متكافئ على المستوى العادى وفقا للأسس والمبادئ العلمية والفنية فى مجال تأهيل المكفوفين .

(ج) توفير خدمات الإرشاد النفسى والتوجيه المهنى والتدريب والإلحاق بالعمل المناسب مع التتبع .

(د) الإعداد والتعليم فى المنزل .

(هـ) محاولة توفير الأنشطة الاجتماعية والثقافية والترويحية للكفيف.

(و) توفير الخدمات التدعيمية المتنوعة لهم .

وبينما نجد أن المعونة المالية تعتبر ضرورية وأساسية فى كثير من جوانب الخطوات السابقة إلا أن مثل هذه المعونة يجب أن ينظر إليها على أنها جزء على هامش برنامج الرعاية لا يجب إن يصرفنا عن الجوانب الأخرى وأيضا يجب أن ينوه بأن برنامج الرعاية كغيره من برامج الخدمة الاجتماعية يجب أن يوكل ما أمكن تنفيذه والقيام به إلى هيئات محلية متخصصة .

أسباب الإعاقة البصرية :

قد يضطرب النظر أحياناً بسبب أخطاء ومشاكل عضوية تعود إلى العين نفسها . وتشير بعض المؤلفات الطبية إلى أن كل شخصاً من أربعة أشخاص يضطر إلى استخدام النظارات الطبية للتغلب على مشاكل النظر

ولتصحيح الأخطاء الطفيفة فى شكل كرة العين أو لعدم مرونة العدسة بسبب التقدم فى السن . غير أن هناك أسباباً أخرى تعمل على إعاقة البصر أو كفه ، ومنها :

أولاً : العوامل الوراثية :

هناك عوامل وراثية تؤثر فى الجنين قبل الولادة فمثلاً يعتبر مرض الجلوكوما وعمى الألوان وكبر حجم القرنية ، وطول النظر ، وقصره من الأمراض التى يلعب فيها العامل الوراثى دوراً هاماً . كما أن هناك العديد من المضاعفات والأمراض التى تورث وتؤثر بطريقة غير مباشرة على قوة الإبصار وكف البصر مثل مرض الزهرى والسكر . وكذلك العتامة خلف عدسة العين التى تصيب الأطفال الذين يولدون قبل ميعاد الولادة الطبيعى . (٧)

ثانياً : الأمراض المعدية :

ساعد اكتشاف الأدوية المضادة للالتهابات والعقاقير الصحية والأمصال الواقية وغيرها من العقاقير الحديثة ، فى مكافحة الأمراض المعدية التى تؤدى إلى خطر فقدان البصر مثل الزهرى والجدرى والدفتريا والحمى القرمزية والحصبة والسل الرئوى ويعتبر مرض التراكوما وهو من الأمراض المعدية التى لا يزال من أهم أسباب فقد البصر خاصة فى البلاد الفقيرة .

ثالثاً : الأمراض غير المعدية :

يوجد أمراض أخرى قد يتسبب عنها فقدان البصر مثل السكر وتصلب الشرايين ، وأمراض الجهاز العصبى ، وفقر الدم ... إلخ .

كذلك هناك حالات كثيرة تهدد بفقد البصر مثل المايوبيا الخبيثة والجلوكوما والكتراكت وإن كان يمكن الحد منها عن طريق العلاج الصحيح ، والعمليات الجراحية الدقيقة . (٨)

رابعاً : العوامل البيئية الخارجية

ويرتبط كف البصر كذلك بطبيعة الظروف البيئية التى يعيش فيها الكفيف من وخاصة انخفاض مستوى المعيشة وانخفاض المستوى الصحى والثقافى والتعليمى مما يؤثر بطريق مباشر وغير مباشر على الوعى الصحى وعدم العناية بصحة النظر ، كما أن التقدم الصناعى قد أدى إلى زيادة الحوادث وإصابات المهنة التى تؤثر على الإبصار وخاصة تلك المهن التى تعرض العين للأجسام الصلبة الغريبة أو الأتربة ، أو الشظايا أو حالات التسمم بالرصاص أو حالات التعرض لشدة الضوء أو للإشعاعات أو للمفرقعات أو الغازات وغيرها من المهن التى لها تأثير على الإبصار . (٩)

المشكلات التى يواجهها كفيف البصر :

تشير كثير من الدراسات والبحوث التى أجريت على المكفوفين إلى المشاكل المتنوعة التى يعانون منها ، ويمكن إجمالها فيما يلى :

١- يجد الكفيف صعوبة فى التعامل مع البيئة المادية المحيطة به ، وقد يؤدى ذلك إلى التأثير على نمو العمليات العقلية والقدرة على التحصيل لديه ، نظراً لأن كف البصر يعزل الشخص عن عالم الأشياء بسبب تباطؤ النمو الحركى وتأثيره على النمو العام بشكل سلبى .

٢- يجد الكفيف نفسه محدود الحركة فى استكشاف العالم المحيط به والتعرف على مكوناته لاعتماد ذلك على حاسة النظر .

٣- كف البصر يؤثر على الطفل فى إظهار النشاطات الحركية مثل الزحف الذى يسبق المشى مما يؤدى إلى بطئ النمو الحركى ، بالإضافة إلى تعود الطفل على الحركات واللوازم غير المقبولة التى قد تبدأ معه منذ سن مبكرة مثل التعود على الاهتزاز إلى الأمام وإلى الخلف ، أو حك العين ، أو العبث بأعضاء الوجه .

٤- غالباً ما ينطوى الفرد الكفيف على نفسه ويكون منعزلاً عن العالم مع غلبة الميول الانسحابية عليه ، على الرغم من قدرته على الاتصال بغيره لغوياً .ويعود السبب فى ذلك إلى القصور البصرى الذى يعانى منه الفرد المعوق بصرياً والذى يجعل سلوكه الانعزالى من المشاكل الاجتماعية الرئيسية لديه .

٥- قلة ميول الفرد الكفيف ، وهى ترجع بطبيعة الحال إلى عدم استطاعته القيام بالأعمال والاشتراك فى الأنشطة مع زملائه . كما يواجه أحياناً بعض المشاكل من فهم الخبرات التى تحتاج إلى إدراك بصرى مثل العلاقات المكانية والمساحات وبعض المفاهيم التى تتعلق بالبيئة المادية .

٦- اضطراب العلاقة بين الكفيف وأفراد أسرته نظراً لاعتماده الارتباط بأفراد الأسرة على حاسة النظر مثل النظر إلى أفراد الأسرة ومتابعة حركاتهم وتبادل الابتسامة معهم) .

٧- أحياناً ما يؤدى كف البصر منذ الولادة على تشجيع الفرد على الاعتماد على غيره والتعود على ذلك مما يعيق تنمية روح الشعور بالاستقلال لديه والاعتماد على نفسه وتحمل المسئولية .

٨- يؤثر فقدان البصر على تأخير النمو الاجتماعى والانفعالى والحركى ، وعلى نمو القدرة على إدراك الأسباب وإدراك المساحات .

أما ضعف البصر ، فعلى الرغم من تميزهم بالقدرة على إدراك العلاقات المكانية بشكل أسهل إلا أن ما تبقى لديهم من قوة الإبصار تجعلهم يحاولون التصرف كما لو كانوا مبصرين ، مما يوقعهم فى كثير من المشاكل التى كان يمكن تفاديها لو تعاملوا مع إعاقتهم بشىء من الواقعية .

كيفية مساعدة المعوقين بصرياً فى التغلب على إعاقتهم :

١- ضرورة تقبل الأسرة لكف البصر لدى الابن الكفيف والإقلال من تقديم الحماية الزائدة له حتى تساعده على الشعور بالاطمئنان والثقة بالآخرين .

٢- نظراً لأن كفيفى البصر والذين ليست لديهم خبرة بصرية أيا كانت يتعرضون إلى تعطل نموهم العقلى ، فإنهم يحتاجون إلى إثارة حواسهم الباقية لتنميتها ، ويستطيع الفرد الاعتماد على حواس السمع والشم واللمس للتفرقة بين الأشخاص المتصلين به . وهناك مفهوم خاطئ لدى كثير من أفراد الجمهور بأن كفيفى البصر يتميزون بحاسة عالية للمس ، غير أن الحقائق تشير إلى أن العميان ليسوا أكثر حدة عن المبصرين فى حاسة اللمس ، وأن زيادة

الحساسية فى اللمس لديهم ترجع إلى أسباب التركيز والتدريب والمران أكثر من أى شئ آخر .

٣- يلاحظ بأن الفرد الكفيف يستطيع تقليد الأصوات واستخدام اللغة مثله فى ذلك مثل الأسوياء ، إلا أن المشكلة تكمن فى عدم رؤيته للأشياء الحركية والسلوك غير اللغوى . ولعلاج هذه الحالة ، فإن الأمر يستدعى من القائمين على رعاية الفرد الكفيف تصحيح الحركات واللوازم غير الاجتماعية التى قد يتعود عليها بسبب افتقاره إلى النماذج الصحيحة لمثل هذا السلوك .

٤- يجب العمل على تنمية القدرة على إدراك المساحات لدى الفرد الكفيف وتدريب حواسه عن طريق تشجيعه على تناول الأشياء وفحصها ومقارنة مواقعها القريبة منه والبعيدة عنه ، ومساعدته على تسمية الخبرات التى يمر بها مثل أملس – خشن – ممتلئ – فارغ ... إلخ .

٥- العمل على التحدث إلى الفرد الكفيف من أماكن مختلفة حتى يتدرب على متابعة اتجاهات الصوت ولاكتساب الخبرات اللازمة للتعرف على مكان انبعاث الأصوات والاتجاهات .

٦- تشجيع الفرد الكفيف على استخدام حواسه الأخرى ، وذلك بتدريب على التفرقة بين الروائح المختلفة والتمييز بين الأشكال ، وتمييز بعض الأشياء حسب ملمسها أو حجمها أو خشونتها .

٧- يمكن للأم أن تبدأ فى تدريب الطفل على استخدام حاسة اللمس ، وذلك فى حالة الطفل الصغير الذى لم يصل إلى سن الكلام بعد ،

عن طريق تشجيعه على لمس وجهها واستكشافه وذلك بأخذ يد الطفل ووضعها على وجهها ، وكذلك الأخذ بيده ووضعها على الأشياء للتعرف على طبيعتها . كما يجب إحاطة الطفل المعوق بصرياً بوسائل اكتساب الخبرات الأخرى الحسية منها والسمعية عن طريق الألعاب المختلفة والأشياء مختلفة الأحجام والأوزان .

٨- تشجيع الطفل على تنمية الحاجة إلى الاستكشاف والبحث عن طريق توفير بيئة يمكن للطفل الاعتماد عليها ويتوفر فيها عامل الأمان دون خوف من حدوث أضرار تصيبه أو مشاكل قد يتعرض لها ، مع حثه على تدريب مهاراته والإقدام على استخدام المبتكرات .

٩- فى حالة ظهور بعض أعراض الشخصية اللااجتماعية مثل سهولة التأثير بإيحاءات الآخرين ، وشدة الحساسية ، والافتقار إلى بعض العادات الاجتماعية ، وظهور أعراض الخوف مع نقص عنصر المبادأة ، والشعور بالنقص ، فإنه يجب على القائمين على شئون الطفل العمل على علاجها عند ظهورها . على أن أهم ما يجب الإشارة به هنا هو أنه فى حالة إحاطة الطفل بجو من الحب والحنان والألفة وإشعاره بالرغبة فيه وبعدم كراهيته أو إهماله وتشجيعه على استكشاف البيئة والتعرف على الأشياء واكتساب الخبرات الحسية المتنوعة ، وقيامه بعمل الأشياء بنفسه متى استطاع إلى ذلك سبيلا، فلن يكون هناك مجال لظهور تلك الأعراض غير السوية .

١٠- يجب التأكيد على أن عمر الطفل عند حدوث الإعاقة بكف البصر يعتبر هاماً ، فذوى الإعاقات الحديثة تتوفر لهم خبرات تمكنهم من التعلم والتوافق مع العالم المحيط بسرعة . ولتعويض ذلك لدى

الأطفال المحرومين من الخبرات البصرية مهما كانت فإنه يجب أن يتم تدريبهم على استخدام كل ما لديهم من حواس أخرى فى سن مبكرة ، نظراً لأن نجاح أى برنامج تدريبى أو دراسى للطفل يتوقف على نجاح برنامج استثارة حواسه وتنميتها .

١١- بعث الأمن النفسى والشعور بالثقة فى النفس لدى الطفل الكفيف عن طريق تشجيعه على الاعتماد على نفسه وبخاصة فى عمليات التعلم عن طريق استخدام طريقة الحروف البارزة ، مما يفتح أمامه آفاقاً للإطلاع وتنمية معارفه .

١٢- توفير الأنشطة الرياضة المناسبة لمكفوفى البصر ، حيث ثبت أنهم لا يقلون مهارة عن المبصرين فى مجالات رياضية معينة وبخاصة فنون القرص والسير على الأقدام واللعب بالكرة وركوب الخيل (فى حالة إتقان ذلك) ، والتجديف فى قارب جماعى ، والسباحة ورمى الجلة والقرص والمطرقة والرمح ، والجرى وغيرها من الألعاب التى تناسبهم بعد تدريبهم عليها .

كما يلاحظ بأن كف البصر لا يمنع الكفيف من ممارسة بعض الأنشطة الفنية وبخاصة عمل أشكال مجسمة من الصلصال أو إنتاج بعض الأشغال الجلدية والمعدنية متى تم تدريبه على ذلك .

برامج رعاية المكفوفين :

إن الخدمات التى يعمل المجتمع على توفيرها للكفيف تتضمن توفير فرص الفحص والعلاج الطبى فى العمليات الجراحية ، وتوفير العدسات والنظارات اللازمة لفاقدى البصر والتى تقدم لهم بالمجان فى حالة عدم

القدرة على دفع تكاليفها ، وكذلك الاستشارة فى المشكلات المتصلة بفقدان البصر والتوجيه المهنى والتدريب المهنى والتشغيل والتتبع وما إلى ذلك ، وكل هذه الخدمات تهدف إلى التحرر الاقتصادى للكفيف لكى يحقق الرضا الجسمى والنفسى والاجتماعى والاقتصادى ، ويمكن حصر برامج الرعاية الاجتماغية فيما يلى : (١٠)

١- العمل فى المصانع المحمية :

إن العمل فى هذه المصانع للمعوقين بصفة عامة يعتبر خدمة فعالة وناجحة لكسب العيش والتحرر الاقتصادى وحماية لهم من الفشل فى دخول سوق العمل الحر . ويمكن أن يسير جنباً إلى جنب مع هذه المصانع مع مشروعات الأسر المنتجة التى تتم داخل المنازل .

٢- المدرسون الزائرون :

إن كل إنسان يفقد بصره يحتاج إلى تعليم أساليب جديدة للقيام ببعض الأشياء التى كان يفعلها فى الماضى بصفة آلية ، وذلك فإن كثير من الدول المتقدمة يرسلون مجموعة من المدرسين الزائرين المتخصصين لمنازل المكفوفين لمساعدتهم فى الأعمال التى تتطلبها حياتهم اليومية ، بالإضافة إلى استخدام طريقة برايل فى تعليم القراءة والكتابة .

٣- مراكز تأهيل المكفوفين :

وفيها يتم تأهيل الكفيف عن طريق بحث الحالة الفردية ، ثم التشخيص الطبى والنفسى لقياس القدرات العقلية والمواهب ، ثم الإعداد البدنى لعلاج أى مرض جسمى ثم التوجيه والتدريب المهنى وأخيراً التشغيل . وقد يواجه الكفيف بعض المشكلات الأسرية نتيجة الإعاقة التى

أصيب بها والتى تحول دون الاعتماد على نفسه فى كسب معيشته ولكن يفضل الاستشارات والخبرات التى يجدها فى المركز تكشف غالباً عن إحدى المهارات التى عن طريق التدريب المستمر عليها تمده فى آخر الأمر بوسيلة لكسب العيش .

٤- شغل وقت الفراغ :

إن اشتراك الكفيف فى أى نشاط ترفيهى لشغل وقت فراغه يعتبر من أهم وسائل العلاج كما يعتبر جزءاً أساسياً فى برامج التأهيل . فالكفيف إذا انشغل فى التفكير فى عاهته تزداد حالة القلق والخوف والشعور بالنقص فيؤدى ذلك إلى انسحابه وعزلته عن المجتمع .

ومن بين أنواع النشاط ذات التأثير البعيد المدى على شخصية الكفيف الاهتمام بالنواحى الرياضية . ويستطيع الكفيف مزاولة أنواع كثيره من النشاط الرياضى تساعده على التوازن الحركى وتصحح أخطاءه الجسمية كالسباحة والمشى والجرى والألعاب السويدية والوثب والتجديف وغيرها من الألعاب الأخرى .

وتعتبر التربية الفنية من الأمور الهامة فى شغل أوقات فراغ المكفوفين وفى الكشف عن مواهبهم وميولهم وبل ومشكلاتهم أيضاً . ويمكن عن طريق هذه الأشغال الفنية أن يكتسب الكفيف خبرات جديدة تعمل على تنمية حاسة اللمس لديه . كما أن فقد البصر لا يقف حائلاً دون ممارسة الكفيف لشتى أنواع النشاط الموسيقى ، كما أن للتمثيل فوائد بعيدة الأثر فى حياة الكفيف وتكامل شخصيته .

٥- المعونات المالية :

وهى المساعدات والمعونات التى تقدمها جمعيات رعاية المكفوفين لذوى الحاجة منهم ، أو التى نصت عليها القوانين المختلفة وتتحمل الدولة تكاليفها.

٦- الخدمات التعليمية :

كانت توجد عوائق وصعوبات فى سبيل صعود الكفيف فى السلم التعليمى إلى الإعدادى فالثانوى فالجامعة ولكن وزارة التربية والتعليم يسرت ذلك بإصدار قرار يستهدف المساواة الكاملة بين المواطنين بغض النظر عن اللون أو الجنس أو الدين أو الفروق الحسية والبدنية وقد جاء هذا القرار تصريح بالمساح للمكفوفين بالتقدم للامتحانات العامة بإحدى الوسائل الآتية :

١- استعانة الكفيف بأحد الأشخاص الذى تحدده له لجنة الامتحان للكتابة له .

٢- أن يجيب الكفيف على أسئلة الامتحان بنفسه بطريق الخط البارز.

٣- أن يقوم الكفيف بالإجابة بواسطة الآلة الكاتبة العادية .

وقد ساهم توحيد الخط النقطى البارز فى طبع العديد من الكتب والمجلات والمطبوعات بالخط البارز .

هذا وقد كان الأزهر يتحمل منذ زمن طويل مسئولية تعليم المكفوفين بالإضافة إلى إشراف وزارة التربية والتعليم على العديد من المدارس التى تقوم بتعليم المكفوفين ويقوم بتعليمهم مدرسون متخصصون ، ولذلك يراعى تكييف المنهج وطريقة التدريب مع إمكانيات وقدرات المعوق .

٧- الخدمات الصحية :

وهى تشمل جانبان : إنشاء المستشفيات التى تحول وتعالج الأمراض التى تؤدى للإصابة بكف البصر ، توفير أوجه الرعاية الصحية لمؤسسات رعاية المكفوفين بالإضافة إلى تدريب الكفيف على استخدام العصا البيضاء أو الكلب المرشد حتى يتحقق له الآمان الجسمى والنفسى .

٨- الخدمات الإعلامية :

وهدفها نشر الدعاية بين المواطنين وتنوير الرأى العام لتقبل تشغيل المعوقين من المكفوفين ، أو العمل على سلامتهم فى الطريق ، وتزويد الجماهير بالتوجيهات المفيدة لتجنب كف البصر وأهمية العلاج المبكر الفورى والوقاية منه .

٩- الخدمات التشريعية :

إن الدولة أصدرت الكثير من القوانين لحماية حقوق المكفوفين من صرف المعاشات والمساعدات لهم ، بالإضافة إلى القوانين التى أصدرتها الدول فى تشغيل ٥% من المعوقين فى كل مؤسسة تستخدم ٥٠ عاملاً فأكثر بعد حصولهم على شهادة التأهيل . وقد تبلورت هذه النصوص فى قانون تأهيل المكفوفين رقم ٣٩ لعام ١٩٧٥ ، وقانون التأمينات الاجتماعية رقم ٧٩ لعام ١٩٧٥ المعدل برقم ٩٣ لعام ١٩٨٠ .

١٠-خدمات وامتيازات أخرى :

وهناك من الامتيازات التى تمنحها الدولة للكفيف هى :

[أ] تفضيل العطاءات أو العروض المقدمة من هيئات المكفوفين المحلية حتى لو زادت عن مثيلاتها من المصنوعات المحلية والأجنبية ولكن بنسب معقولة .

[ب] إعفاء كتب ومراسلات المكفوفين البارزة من الرسوم البريدية .

[ج] صرف اشتراكات بنصف أجره للمكفوفين فى خطوط الضواحى.

[د] التصريح للمكفوفين الحاملين لبطاقات إثبات الشخصية المعتمدة من وزارة الشئون الاجتماعية بالسفر بنصف أجره على جميع خطوط السكك الحديدية ووسائل الانتقال الأخرى وفى حالة وجود مرافق للكفيف يعتبر كلاهما راكباً واحداً .

– وللحصول على البطاقة الخاصة بإثبات الشخصية للمكفوفين :

(١) يتقدم الكفيف للوحدة الاجتماعية التى يقيم فى دائرتها بثلاث صور ويعفى من تقديم طلب كتابى .

(٢) تتحقق الوحدة الاجتماعية من شخصية الطالب واسمه بالكامل ومطابقته للصورة .

(٣) يقوم رئيس الوحدة بتحرير استمارة للكشف الطبى إذا لم يكن للكفيف ملفاً بالوحدة ، وترسل لأقرب جهة طبية لتوقيع الكشف الطبى عليه .

(٤) تقوم الوحدة الاجتماعية باستخراج البطاقة للكفيف مع ختم الصورة وتعطى رقماً مسلسلاً وتسلم لصاحبها .

(٥) تجدد البطاقة كل خمس سنوات .

(٦) فى حالة فقد البطاقة يتقدم الكفيف بطلب على ورقة دمغة لاستخراج بدل فاقد .

[هـ] أوجب القانون رقم ٤٩ لسنة ١٩٨٢ منح المعوقين من حالات كف البصر منح مالية عند التحاقهم بالجامعات مع استثنائهم من شروط الإقامة فى المدن الجامعية .

دور الخدمة الاجتماعية مع المكفوفين :

مما سبق عرضه يتضح أن الكفيف يعانى فى حياته من مشكلات عديدة منها الجسمية والنفسية والاجتماعية ، بالإضافة إلى المشكلات التى تنتج عن تفاعله مع بيئته التى يعيش فيها ، وإذا نظرنا إلى المجتمع فى نظرته للكفيف نجده ينظر إليه باعتباره عبئاً عليه اجتماعياً واقتصادياً أو تعتبره عاجزاً يتطلع إلى الرحمة والشفقة ، ومع هذا يتضح لنا مدى حاجة هذه الفئة إلى الرعاية الاجتماعية سواء فى الكشف عن تلك الحالات أو تأهيلها أو معاونتها على التكيف الاجتماعى سواء فى مدرسته أو عمله أو أسرته أو فى المجتمع نفسه . وبما أن الكفيف مثله مثل أى عميل من عملاء الخدمة الاجتماعية من حيث سماته وخصائصه وبالتالى الأساليب المتبعة فى علاج هذه الحالات ، إلا أن هناك مجموعة من الأسس والاعتبارات التى لابد أن يراعيها الأخصائى الاجتماعى فى عمله مع الكفيف أهمها : (١١)

١- الحذر من الانسياق العاطفى عند التعامل مع الكفيف بسبب عاهته . هذا الانسياق الذى قد يثبت صفة العجز ، أو يعوق حركة الكفيف ونموه العاطفى .

٢- ضرورة استبطان الأخصائى الاجتماعى لنفسه جيداً قبل العمل مع المكفوفين لإدراك مدى تقبله للعمل فى هذا الميدان ، فالكفيف يدرك

من خلال تعامله مدى صدق نوايا الأخصائي الاجتماعي نحوه وإحساسه بتقبله .

٣- الاستثارة والدافعية : من أنجح الأساليب للتعامل مع الكفيف ، هذه الاستثارة التي تحرك حاضر الكفيف نحو مستقبل أفضل ، أخذاً بمبدأ الحاضر والمستقبل .

٤- إذا كانت السمة العامة للكفيف صغير السن هي العزلة ، والانطواء ، وإذا كانت عند الفرد البالغ الانقباض وعدم الثقة بالغير وبالنفس ، فإن السمة الغالبة لأسرة الكفيف هي الإحساس بالذنب . وهنا تبرز مهارة الأخصائي الاجتماعي عند تعامله معهم .

٥- قد يصادف تبعاً لذلك العلاقة المهنية تقلبات وهزات ، أو قد تطول الفترة لتكوين عنصر الثقة بينهما . تلك الثقة التي قد يفقدها الكفيف في الآخرين .

٦- مراعاة القواعد الخاصة بسلامة الكفيف سواء عند مقابلته مقابلة فردية أو عند إشراكه في نشاط الجماعات .

ثانياً : الصم :

يعد فقدان حاسة السمع من المعوقات التي تفرض سياجا من العزلة حول الشخص الذي يفقد سمعه ، كما أن فقدان هذه الحاسة يكون مشكلة بالغة الدقة تواجه المشتغلين بتأهيل المعوقين سمعيا . فالطفل الذي ولد فاقدا لحاسة السمع أو الذي فقد هذه الحاسة قبل أن يستطيع الكلام يعتبر أمر تعليمه وتدريبه من أصعب المحاولات وأشقها لما يتطلبه ذلك من

صبر وخبرة من جانب فريق التأهيل الذين يقع عليه عـــبء العمـــل مـــع هؤلاء الأشخاص وإعدادهم للحياة . (١٢)

وهناك طريقتان يستعان بهما على تحطيم جانب من عزلـــة الأصـــم وربطه بعالم الكلمات ومن ثم تعليمه وتدريبه :-

١- **الطريقة الأولى** : وتعرف باسم طريقة الإشارة وتعتمد هذه الطريقـــة على الإشارات والإيماءات وحركات الجسم التـــى يعبـــر بهـــا عـــن الأفكار، وتختلف هذه الطريقة فى تعبيراتها باختلاف البيئات والثقافات التى يعيش فيها الأصم .

٢- **الطريقة الثانية** : وتعرف باسم الطريقة الشفوية وتقوم أساسا علـــى قدرة الطفل الأصم على ملاحظة حركـــات الفـــم والشـــفاه واللســـان والحلق، وترجمة هذه الحركات إلى حروف ، وهذه الطريقة تحتـــاج إلى خبرة من المعلم ليمارسها بكفاءة والى خبرة تقابلها مـــن المـــتعلم ليفهمها .

وهناك من الآراء التى تنادى بأن يتعلم الطفل الطريقتين معا أو على الأقل يعمل بالطريقة الأولى ويتقن الطريقة الثانية .

ويعرف الأصـــم بأنه " الشخص الذى ليس لديه القدرة على التعرف على الأصوات فى حالة استخدام الأجهزة السمعية المعينة وبدون اللجـــوء إلى استخدام الحواس الأخرى للاتصال بالآخرين " .

كما يعرف الأصم بأنه ذلك الفرد الذى لا يمكنـــه اســـتخدام حاســـة السمع نهائياً فى حياته اليومية .

كما يعرف الطفل الأصم بأنه ذلك الطفل الذى حرم من حاسة السمع منذ الولادة ، أو هو من فقد القدرة السمعية قبل تعلم الكلام أو من فقدها بمجرد تعلم الكلام لدرجة أن آثار التعلم فقدت بسرعة . (١٣)

حجم المشكلة :

أثبتت الأبحاث والدراسات التى أجريت فى البلاد المتقدمة أنه بين كل ٢٥٠٠ شخص من السكان ، يحتمل وجود شخص أصم ، أى بنسبة ٤ أشخاص فى كل عشرة آلاف مواطن ، ويقدر تعدادهم حسب آخر ما نشر من إحصاءات بحوالى ٢٠ ألف مواطن ولو أن هذا الإحصاء أقل بكثير من التقدير العام للسكان ، بناء على القاعدة التى تشير أنه يوجد فى جمهوريتنا حوالى ١٢٤ ألف أصم . (١٤)

العوامل المسببة للإعاقة السمعية :

من الأسس العلمية التى أصبحت معروفة والتى تشير إليها بعض الدراسات أن بعض الأطفال لديهم القابلية والاستعداد لاحتمال إصابتهم بالإعاقات السمعية بدرجة كبيرة من غيرهم . وقد أمكن حصر بعض الفئات من الأطفال حديثى الولادة المعرضين لذلك ، وهم :

١- الأطفال الذين يولدون فى أسرة سبق إصابة أحد أفرادها بالصمم مما يثير احتمال وجود سبب وراثى فى حالة خمود أو نشاط حسب طبيعة كل حالة .

٢- الأطفال الذين سبق لهم إصابة أمهاتهم بالحصبة الألمانية أو إحدى الحميات خلال فترة الحمل بهم . غير أنه يجب أن نعرف أن احتمال حدوث الإصابة يعتمد على عوامل داخلية وخارجية أخرى متعددة .

٣- الأطفال الذين يقل وزنهم عن الحجم الطبيعى المعترف بـه أثنـاء الولادة، ويعنى ذلك أن انخفاض الـوزن يجعـل الطفـل عرضـه للإصابة ببعض الأمراض أكثر من غيره .

٤- الأطفال الذين يولدون لأبوين يختلفان فى فصائل الدم (يكون أحد الأبوين موجب الفصيلة والآخر سلبى) ، ممـا قـد يـؤدى إلـى اضطرابات السمع لدى الطفل الوليد .

٥- إصابة الأم ببعض الأمراض المعدية كالزهرى وغيرها .

٦- الأطفال المصابون بعيوب خلقية بالجمجمـة أو باضـطراب فـى أعضاء الأذن الوسطى أو الداخلية .

٧- الأطفال المرضى بالالتهاب السحائى والتهاب الغدة النكفية والحمى القرمزية أو بالحصبة ومضاعفاتها أو بإحدى الحميات .

٨- الأطفال الذين يتعرضون للعلاج بالأدوية الغير مناسبـة لـلأذن ، وبخاصة بعض المضادات الحيوية التى تترك أثراً سيئاً على الأذن.

٩- الأطفال الذين يتعرضون إلى نقص وصول الأكسجين إليهم بسبب تعسر الولادة أو مشاكل الحبل السرى ممـا يـؤدى إلـى اضطرابات الدماغ واضطراب السمع لوجود ارتباط بين الاثنين .

١٠- الإصابات التى يتعرض لها الأطفال فى الحوادث وردود الأفعال فى الرأس نتيجة الإصابة بصدمات شديدة .

١١- الأطفال المعرضون لسماع الأصوات شديدة الارتفاع لمدد طويلة .

١٢- وهناك نوع من الصمم قد يصيب كبار السن بسبب ضمور أنسـجة السمع ، ويسمى بصمم الشيخوخة .

وعلى الرغم من إشارة بعض الباحثين إلى وجود علاقة بين العوامل الوراثية واحتمال الإصابة بالصمم ، إلا أن إطار تلك العلاقة لم يتم تحديده بعد . ومن المحتمل أن يفقد الأطفال السمع نتيجة وجود استعدادات وراثية لديهم تجعلهم عرضة للإصابة ببعض الأمراض المسببة لفقدان السمع مثل الحمى القرمزية والحصبة الألمانية والتهابات الأذن ، والقابلية العالية لتأثير الأذن بالضجيج .

مشكلات الأصم :

ومن أهم المشكلات التى تنتج عن فقدان السمع نستطيع أن نجملها فيما يلى :- (١٥)

١- صعوبة الاتصال والتفاعل مع الآخرين بالوسائل السمعية المصطلح عليها مما يشكل عائقا اجتماعيا شديدا .

٢- إفتقار الاصم وخاصة من يفقد سمعه فى سن مبكرة الى اساليب التفاهم مع أفراد البيئة التى ينتمى اليها .

٣- الاهتزاز النفسى الذى من نتائجه الاجتماعية الانطوائية المشاهدة عند غالبية الصم ، وتكتلهم فى هيئة تجمعات أو أقليات شبه معزولة اجتماعيا ، ومن الناحية النفسية يؤدى هذا الاهتزاز أو عدم الثبات النفسى والانفعالى إلى علل وأمراض نفسية مختلفة تصاحب أحيانا حالات الصمم الشديدة .

٤- صعوبة النضج الاجتماعى إذ ما من شك فى أن اللغة المسموعة تلعب دورا كبيرا فى نضج الأفراد فى المجتمع وامتصاصهم لكثير من قيمه وأوضاعه .

الخطوات التى يجب إتباعها لتأهيل الصم :

لإعداد الصم للتغلب على المشكلات وإعدادهم للحياة لابد من إتاحة فرص التعليم والتأهيل للصم فى وقت مبكر ويعد تأهيل الأصم للحياة الاجتماعية المستقبلة هدفا رئيسيا لبرامج التأهيل التخصصية ، ويمكن إيجاز خطوات تأهيلهم النحو الآتى :-

١- التخلص من العزلة بتقوية العلاقات التى تربط الأصم بالآخرين عن طريق تعلم سبل مخاطبة الآخرين بالإشارة أو ملاحظة حركات الفم والشفاه والحلق .

٢- الإعداد البدنى عن طريق العلاج الطبى والجراحى أو استخدام بعض الأجهزة السمعية مع بذل الجهود لعلاج عيوب النطق والكلام .

٣- التدريب المهنى الذى يتيح إتقان الأصم لعمل أو نشاط أو حرفة تسد الفراغ الذى حوله وتحقق له المستوى الاقتصادى الملائم المشجع على الاستقرار والاطمئنان والثبات .

٤- الرعاية الاجتماعية الواقعية التى يجب أن تبدأ فى وقت مبكر وبمجرد اكتشاف حالة الصمم ، مع تنظيم برامجها بواسطة هيئات متخصصة .

٥- التوعية المجتمعية بمشكلات الصم وبالأساليب التى يجب إتباعها مع من يصابون بفقدان حاسة السمع كليا أو جزئيا .

هذا ويختلف تأثير الصمم على الشخص باختلاف السن ودرجة فقدان حاسة السمع ويمكننا أن نعرف الصم فنقول (أنهم هؤلاء الأشخاص الذين فقدوا حاسة السمع حتى أصبحوا لا يستطيعون التعرف على ما يدور

حولهم من كلام أو بمعنى آخر لا يستطيعون استقبال المدركات السمعية) ومن الطبيعى أن يرتبط الصمم بالبكم عند من يفقدون سمعهم فى مستهل حياتهم لارتباط السمع بمستوى التحصيل اللغوى ومدى إمكانية القدرة على الكلام .

رياض الأطفال للمعوقين سمعياً :

هناك العديد من العوامل التى تؤدى إلى ضرورة إنشاء رياض للأطفال المعوقين سمعياً وأهم تلك العوامل هى : (١٦)

١- خروج الأم للعمل وكذا أعمالها المنزلية مما يؤدى إلى تقلص دورها فى رعاية وتوجيه ابنها الأصم .

٢- ضيق مساحة الوحدات السكنية تقيد حركة الطفل وتحد من استنفاذ طاقته الكامنة مما يحول دون قدرة الطفل على البحث والتنقيب والتجريب .

٣- سوء الأحوال الاقتصادية والاجتماعية للأسرة من فقر وسوء تغذية وكذا تعرض الطفل الأم للصراعات المحيطة به واستحالة خروجه للتنفيس عن هذه المشاعر الضارة أو الانطلاق بعيداً عن أماكن الكبت والإحباط .

٤- جهل معظم الأمهات بأساليب التربية السليمة للطفل المعوق سمعياً مما قد يسبب له أمراض سوء تغذية وعقد نفسية حتى لدى الأسر المقتدرة نتيجة لنقص الوعى الصحى السليم .

لذا فإن دور رياض الأطفال فى تربية الطفل المعوق سمعياً قبل التحاقه بالمدرسة هو تنشئته جسمياً وحركياً وعقلياً ومعرفياً متوافقاً

اجتماعياً والانتقال تدريجياً من جو الأسرة إلى جو المدرسة ليعتاد النظام وتكوين علاقاته الإنسانية مع المدرسين والزملاء وممارسة الأنشطة التعليمية .

وترجع أهمية رياض الأطفال بالنسبة للمعوقين سمعياً إلى :

١- توسيع دائرة النشاط والتفاعل الاجتماعى ، ومعاونة الطفل فى اللعب مع الجماعة والتخفيف من رهبة المواقف الاجتماعية .

٢- تدريب الانفعالات وضبطها من خلال اللعب ، والمشاركة الوجدانية والصداقة والعمل الجماعى والتنافسى .

٣- تنمية المهارات الحركية ، ومهارة اللعب والاستفادة من الأنشطة المتنوعة .

٤- مساعدة الطفل المعوق سمعياً على الاعتماد على نفسه وتقليل الاعتماد على الآخرين .

٥- تدريب وتهيئة أعضاء النطق والحس وبقايا السمع لديه على القيام بدورها فى التعليم والتلقى .

٦- زيادة المحصول اللغوى للطفل المعوق سمعياً قبل التحاقه بالمدرسة.

المرحلة الابتدائية والطفل الأصم :

عندما يصل الطفل المعوق سمعياً إلى سن دخول المدرسة الابتدائية فإن ذلك يمثل فرصة جيدة للتعرف على عالم واسع ملئ بالخبرات الحياتية وبجوانب جديدة ذات خبرات جديدة فى مجال اللغة والاتصال بالآخرين . ويتعرف الطفل على كثير من الأشياء الجديدة فى البيئة المدرسية ، كما يتعلم تفسير الأحداث على ضوء ما لديه من معلومات وخبرات تتعلق

بالماضى والحاضر والمستقبل . ويكون الطفل فى هذه السن فــى وضـــع ذهنى يسمح له بتصنيف الأشياء ومعرفة مواقعها ونوعيتهــا ومقاييســها وعددها وصلاتها بالأشياء الأخرى المرتبطة بها .

ويتعرض الطفل فى هذه المرحلة لقوى جديدة وحوافز جديدة تــدخل حياته وتؤثر فى عملية توافقه ، فهو يسعى إلى التقبــل الاجتمــاعى مــن زملائه حتى يأخذ مكانه فى المجموعة ويشعر بالصحبة والألفة والانتماء ، كما يعمل على متابعة قواعد اللعب واحترام قوانين الجماعة .

ويستطيع الطفل المعوق سمعياً القيام بجميع النشاطات التى يقوم بها الطفل العادى إذا ما وجد الأرضية المشجعة والفرصة المناســبة لإظهــار ميوله واهتماماته ومتابعتها ، كما أنه لا يقل عن غيره فى الشعور بالرغبة فى التعليم من أخطائه إذا ما وجد المساعدة التى تدفعه لاستخدام قدراتــه التى كثيراً ما يغفل المجتمع بوجه عام عن ملاحظتها وتشــجيعها ، بــل وأحياناً ما يعمل على طمسها أو كفها .

دور المدرس بالنسبة الطفل المعوق سمعياً :

يتركز دور المدرس وغيره من العــاملين فــى مجــال الخــدمات المساعدة ، على اختلاف تخصصاتهم ، على مساعدة الطفل على التوافق ، فالعاملين مع الجماعات يقع عليهم عبء تشجيع الطفــل علــى الانتمــاء للمجموعة ، وعلى الاستفادة من خبراته ، وعلى التعبير عــن مشــاعره باللغة أو بأدوات الاتصال الأخرى . غير أنه هذا كله يتوقف على مــدى نجاحهم فى اكتساب ثقة الطفل وفى استثارة ميوله فى جو ملئ بـــالعطف

والصداقة والاحترام والتقدير ، وفى إحساسه بتقبلهم له مهما كان شكل إعاقته أو نواحى القصور فى تكوينه .

وتجدر الإشارة هنا إلى وجود اختلاف بين العلماء حول أهمية استخدام لغة الإشارة فى تعليم الصم وضعاف السمع . ولا يبدو قرب انتهاء هذه المشكلة أو احتمال التوصل إلى اتفاق قريب يحسم هذا الموضوع إلى مالا نهاية . وتكمن المشكلة فى أن بعض الأطفال وبخاصة الذين لديهم بقايا سمعية ويمكنهم التعلم عن طريق استخدام اللغة بعد استعمال الوسائل المساعدة على السمع قد يعتمدون على طريقة الإشارة مما يحرمهم من استخدام اللغة أو التدريب عليها والارتقاء بمستوى نطق الكلمات لديهم أو الاستفادة من وسائل تنمية قدرتهم على الكلام ووسائل الاتصال اللفظية ، بينما قد تستفيد بعض المجموعات الأخرى من الصم وفاقدى السمع والذين لا تجدى معهم الطريقة اللفظية ، من استخدام لغة الإشارة .

ومن المشكلات التى يواجهها كثير من العاملين مع فئات الصم وضعاف السمع ، وتتمثل فى أن الذين يعانون من الصم قد يحاولون الكلام ويستخدمون اللغة المنطوقة فى طفولتهم بشكل أقرب إلى الطبيعى ، إلا أنهم كلما كبروا كلما قل ميلهم إلى استخدام اللغة مع زيادة اعتمادهم على لغة الإشارة إلى أن يصلوا سن المراهقة حيث يبدو اختلافهم عن غيرهم من الأسوياء ظاهراً فى ميلهم إلى العزلة وعدم شعورهم بالأمان . ويرى كثير من العاملين فى مجال الإعاقة السمعية أنه بإمكان الكثيرين من أفراد هذه الفئات تحسين مستوى نطقهم اللفظى وزيادة إمكانية استخدام اللغة

بشكل طبيعي لو توفرت لهم فرص التشجيع والمساندة المناسبين من جانب الأسرة ، وفرص التعليم والتدريب المدرسى السليم .

بعض الطرق المقترحة لمساعدة أولياء أمور الأطفال المعوقين سمعياً:

نظراً إلى أن مشاركة آباء الأطفال المعوقين سمعياً فى العناية بهم وتدريبهم وإخراجهم من عالم العزلة الذى يفرضه الصمم أو ضعف السمع تعتبر ضرورية ولا يمكن الاستغناء عنها ، لذا فمن الضرورى تصميم برامج لمساعدة هؤلاء الأباء كى يستطيعوا مساعدة أبنائهم . وهناك مجموعة من النشاطات المقترحة التى يمكنها المساهمة فى هذا المجال ، وأهمها : (١٧)

١- الإرشاد النفسى :

يعانى بعض أولياء أمور المعوقين سمعياً من القلق النفسى الذى ينتج عن حيرتهم وتخوفهم على مستقبل أبنائهم دراسياً ومهنياً ، بالإضافة إلى شعور بعضهم بعدم القدرة على الانتماء للطفل بسبب افتقارهم إلى وسيلة اتصال مشتركة بينهم . ويمكن لخدمات الإرشاد النفسى إعداد هؤلاء الآباء لتقبل الحقيقة والتخلص من الضيق والقلق مما يعمل على المساهمة فى تحرير قواهم النفسية ومن ثم قواهم العامة ، وبحيث يكونوا قادرين على مساعدة أبنائهم على أفضل وجه ممكن .

٢- الإرشاد الاجتماعى :

يستطيع العاملون فى هذا المجال تقديم خدماتهم عن طريق استيفاء المعلومات اللازمة وعمل ملف للطفل يحتوى على تاريخ الأسرة الصحى وعلى نتائج ما يجرى من مناقشات مع أفراد أسرة الطفل المعوق سمعياً ،

وبيان آمالهم وطموحاتهم أو حيرتهم وعدم وضوح الرؤيـة لـديهم تجـاه طفلهم المعوق . وعن طريق نتائج المقابلات والمناقشـات ومـا أمكـن ملاحظته أو التوصل إليه من معلومات عن الطفل خلال حياته المدرسـية أو المؤسسية ، يمكن مشاركة الأسرة فى وضع برنامج كفيل بتنمية قدرات الطفل الاجتماعية وإيجاد فرص الاتصال واستخدام خبراته الخيالية خاصة فى مجال التدريب على النطق وقراءة الشفاه لكى يعيش خلـف جـدران العزلة والانطواء .

٣- الإرشاد الطبى :

بعدما يتم تشخيص الطفل على أنه معوق سمعياً ، فإن الوالدين عادة ما يصادفان مشاكل جديدة تتمثل فى شعورهم فى البداية بالصدمة والحزن وحتى إنكار حدوث الإصابة أصلاً ورفض تقبل الحقيقة فإنهما يبدأن فـى البحث عن المساندة والمشاركة وتعاطف غيرهما معهما . وتتمثل المساندة المطلوبة فى وجود طرف ثالث ينصـت إليهمـا أثنـاء تعبيرهمـا عـن مشاعرهما قبل أن يبدأ الطبيب أو الأخصائى الطبى فى تقديم المعلومـات الضرورية ونصائحه اللازمة للعناية بالطفل والاتفاق على برنامج زيارات ومتابعة طبية .

٤- برامج تعليم الآباء :

وتعتمد هذه البرامج على الحقيقة القائلة بأن توافق الطفل فى حياتـه إنما يعتمد إلى حد كبير على مدى توافق والديه فى حياتهم ، وعلى قـدرة الأبوين فى العناية بطفلهما ومقابلة حاجاته بشكل إيجابى . وتهـدف مثـل هذه البرامج إلى مساعدة الآباء على تقبل أبنائهم وزيادة فهمهـم ، وعلـى

تقديم المعلومات المتخصصة لهم فى كيفية تدريب الطفل والعناية بتعليمه من أجل الوصول به إلى التوافق مع المجتمع المحيط بسهولة ، والتخلص من الشعور بالصراع . وتأخذ برامج تعليم الآباء أشكال كثيرة منها :

- التعليم الذاتى عن طريق القراءة والإطلاع والبحث واكتساب الخبرات الذاتية .
- ما يقدمه ذو الاختصاص فى هذا المجال لأولياء الأمور .
- ما يقدمه الآباء لبعضهم البعض .
- المساهمة فى جمعيات الآباء الأهلية لمساندة المعوقين .

وتعتمد برامج تعليم الآباء بشكل رئيسى على المعلومات المهنية المتخصصة المتوفرة فى مجالات الصحة النفسية لولى الأمر وطفله ، وعلى التفهم الشامل لطبيعة الإعاقة وكيفية علاجها أو تصحيحها ، وعلى المعلومات الواقعية عن نواحى القوة والضعف لدى الطفل المعوق .

- مجالس الآباء أو الزيارات الدورية للمدرسة أو المؤسسة التى ينتمى إليها الطفل .

دور الخدمة الاجتماعية فى محيط الصم : (١٨)

إن الخدمة الاجتماعية بطرقها المختلفة تستطيع أن تساعد الأصم فى مختلف مجالات حياته الدراسية والمهنية ، ومعاونته فى التغلب على ما يواجهه من صعاب ومشكلات .

وعلى سبيل المثال تعمل طريقة خدمة الفرد على مساعدة الأصم فى عمليات التعليم والتدريب والتوجيه المهنى ، والتشغيل ، كما تساهم فى حل مشكلات التكيف الذاتى والاجتماعى .

كما أن طريقة خدمة الجماعة ذات تأثير فعال فـي تحقيـق تكيـف الأصم من خلال ثلاث مجالات هى :

(أ) فمن حيث المجال التربوى يمارس أعضاء الجماعات مـن الصـم النشاط الاجتماعى الحر كوسيلة ترفيهية فى قالب تربوى يعمل على ترابطهم وإدماجهم فى المجتمع ، حيث يمكن تكوين علاقات طيبـة مع الآخرين تمدهم بالثقة بالنفس وبالآخرين ، وتشعرهم بالتقـدير ، وتمنحهم المكانة الاجتماعية .

(ب) ومن حيث المجال العلاجى يمكن استغلال الجماعة فى علاج الكثير من المشكلات التى يعانى منها الأصم كالانطواء والخوف ، والغيرة، واليأس . فالجماعة وسيلة للتخلص من المشاعر السلبية ، وغرس القيم والاتجاهات الاجتماعية بالإضافة على الكشف عـن المواهـب واكتشافها والعمل على تنميتها واستغلالها .

(ج) ومن حيث المجال الترويحى يستطيع الأصم أن يشعر باللذة والبهجة والسرور والاستمتاع عن ممارسته لأنشطة خدمة الجماعـة التـى يغلب عليها الطابع الترويحى بقصد تحسين العلاقـات الإنسـانية ، واستثمار وقت الفراغ بنشاط منتج وإشباع الحاجات النفسية ، وزيادة المهارة والمعارف والخبرات .

ثالثاً : ضعاف العقول :

من أبرز الإعاقات فى مجال التعليم والتأهيل هى الإعاقة البصـرية والإعاقة السمعية والإعاقة العقلية ، وقد تعرضنا فيما سبق عـن الإعاقـة البصرية والسمعية وسوف نتعرض للإعاقة العقلية .

وهناك عدة مصطلحات تدور حول الضعف العقلى ومعظمها مترادف مثل النقص العقلى ، القصور العقلى ، التأخر العقلى ، التخلف العقلى ، حيث تطلق هذه المصطلحات على الأشخاص الذى توقف نموهم العقلى عند مستوى أدنى كثيراً من ذلك الذى يبلغه النمو العقلى لغالبية الناس .

مفهوم الضعف العقلى :

يعرف الضعف العقلى بصفة عامة بأنه عجز فى الكفاية العقلية تعوق الفرد عن تعلم واكتساب أنواع من السلوك والعادات التى تساعده على التكيف مع بيئته ، وينتج إما عن عوامل وراثية أو تكوينية أو عن عوامل خارجية تعوق نمو الذكاء أو استغلاله استغلالاً كافياً . (١٩)

ويمكن أن يعرف بأنه حالة نقص أو تأخر أو توقف أو عدم اكتمال النمو العقلى المعرفى ، يولد بها الفرد أو تحدث فى سن مبكرة ، نتيجة لعوامل وراثية أو مرضية أو بيئية ، تؤثر على الجهاز العصبى للفرد ، مما يؤدى إلى نقص الذكاء ، وتتضح آثارها فى ضعف مستوى أداء الفرد فى المجالات التى ترتبط بالنضج والتعليم والتوافق النفسى فى حدود انحرافية من معيارين سالبين .

والضعف العقلى مشكلة متعددة الأبعاد ، فهو مشكلة طبية ونفسية وتربوية واجتماعية ، إذ أنه يصاحبه عادة اضطرابات نفسية وجسمية وتظهر آثاره فى المجال التحصيلى والمجال الاجتماعى والمجال المهنى وغير ذلك من مجالات الحياة .

لمحة عن الضعف العقلى :-

١- حالة من التوقف الذهنى أو عدم اكتمال النمو العقلى يولد بها الفرد أو تحدث له فى سن مبكرة .
٢- ترجع هذه الحالة إلى عوامل وراثية وبيئية أو تكوينية .
٣- تظهر آثار تلك العوامل فى الناحية الذهنية وألنمو العقلى للفرد بالإضافة إلى عدم الكفاءة الاجتماعية له .
٤- تتراوح النسبة المحددة لهذا القصور على النمو العقلى من صفر-٧٠.
٥- هذه الحالة تجعل الفرد غير قادر على : مساعدة نفسه ، التكيف اجتماعياً أو مهنياً وعدم الاعتماد على نفسه اقتصادياً .
٦- تحتاج هذه الفئة إلى رعاية وإشراف متكامل من الآخرين .
٧- الرعاية المطلوبة لهم يجب أن تتضمن برامج تربوية واجتماعية ومهنية ونفسية وطبية هادفة ومناسبة للسمات العقلية المحددة .(٢٠)

تصنيف ضعاف العقول :

يمكن تصنيف ضعاف العقول إلى :- (٢١)

١- **فئة ضعاف العقول "المأفونين "** : وينحصر معامل الذكاء لديهم من ٥٠ : ٧٥ ونسبتهم فى المجتمع ضئيلة ، هؤلاء الأفراد غير قادرين على متابعة الدراسة فى الفصول العادية وإدراكهم وذكاؤهم لا يجاوز ذكاء طفل فى الثامنة من عمره ، ولكن إذا اعد لهذه الفئة رعاية نفسية وتربوية خاصة فانهم يستطيعون الاستفادة من المعلومات والخبرات التى تعطى لهم بما يتيح لهم التكيف فى المجتمع ويمكنهم من الحياة العادية ، وبذلك يستطيعون التكيف مع الحرفة أو المهنة التى يتأهلونها.

٢- **فئة البلهاء** : وهو الفئة التى يتراوح معامل ذكائهم بين ٢٥ ، ٥٠% غير قابلين للتعلم إلا أنه يمكن تدريبهم على بعض الأعمال الروتينية التى لا تحتاج إلى ابتكار كما انه بالتدريب والتكرار يمكنهم رعاية أنفسهم ولا يزيد العمر العقلى لهذه الفئة عن ٣ إلى ٥ سنوات .

٣- **فئة المعتوهين** : وهم الفئة التى يكون درجة الذكاء عندهم أقل من ٢٥ ، ويحتاجون إلى رعاية كاملة طول حياتهم وكذلك إلى من يتعهدهم من طعام وشراب ونظافة بحيث أنهم لا يزيد عمرهم الزمنى عن سنتين .

أسباب التخلف العقلى : (٢٢)

أولاً : الوراثة :

يرجع سبب الضعف العقلى فى الغالبية العظمى من الحالات إلى عوامل خلقية وليس المقصود بذلك أن ضعاف العقول يولدون من آباء ضعاف العقول . ولكن المقصود أن هناك استعدادا وراثيا للإصابة بالضعف العقلى عن طريق الجينات التى تحملها الكروموزومات للخلية التناسلية تنقل الاستعداد للضعف العقلى .

أو أن هذه الجينات تحمل عيوبا موروثة تؤدى الى تعويق نمو المخ كما قد يرث الطفل خصائص معينة تؤدى الى خلل فى أجهزته وخاصة فيما يتعلق بالتمثيل الغذائى مما يؤدى الى تلف بعض المراكز الهامة فى المخ .

ثانياً- إصابات المخ أثناء الحمل والولادة :

(أ) أثناء عمليات الولادة المتعسرة : فقد يحدث أثناء الولادة المتعسرة نزيف أو ضغط على المخ مما يؤدى إلى اختلال فى الوظائف الكلية والحركية .

(ب) استسقاء المخ نتيجة لتجمع واحتباس السائل النخاعى فى تجاويف المخ .

(ج) نقص الأكسجين فى دم الجنين بسبب الأمراض التى تصيب الأم وهذا قد يؤدى إلى عدم نمو المخ نموا طبيعيا وبالتالى يؤدى إلى الضعف العقلى .

(د) أمراض تصيب الأم أثناء الحمل وتؤثر فى الجهاز العصبى للجنين مثل الزهرى – الحصبة الألمانى- أمراض القلب والكلى – سوء تغذية ونقص الفيتامينات – التعرض لأشعة اكس أو المواد المشعة مثل الراديوم والإشعاعات الذرية .

ثالثا – أمراض تصيب الطفل بعد الولادة :

تؤثر على المخ مثل الحمى المخية الشوكية – التهابات وبائية فى المخ – السعال الديكى – الحمى القرمزية –الزهرى .

رابعا- الحوادث :

مثل الصدمات الشديدة على الجمجمة – التسمم بالمواد السامة .

خصائص الضعف العقول :

النمو العقلى كما هو معروف ، مفهوم فرضى لا نلمسه ولا نقيسه مباشرة ، إنما نستدل عليه من سلوك الفرد فى المواقف المختلفة . وفى

حالة الضعف العقلى نستدل على البطىء فى النمو العقلى من ثلاث علامات أو ثلاثة أعراض رئيسية هى : انخفاض القدرة العقلية العامة ، والتوافق الاجتماعى السيئ ، وظهور هاتين العلامتين فى مرحلة الطفولة . وسوف نتناول هذه العلامات الثلاث بشيء من التفصيل .

١- ضعف مستوى القدرة العقلية العامة : الذى ينتج عن توقف النمو العقلى وليس عن التدهور العقلى الذى يصاحب الاضطرابات العقلية . وقد حدد علماء القياس النفسى " انخفاض القدرة العقلية العامة " بنسب الذكاء التى تقل عن المتوسط بأكثر من درجتين معياريتين على مقياس ذكاء فردى . مقنن ، ويقابلها نسب الذكاء التى تقل عن ٧٠ على مقاييس متاهات بورتيوس للذكاء ، و " ستانفورد – بينيه " للذكاء، و "وكسلر – بلفيو" لذكاء الراشدين والمراهقين ، ووكسلر لذكاء الأطفال المعدل .

٢- عدم التوافق الاجتماعى فى الأسرة والمدرسة والمجتمع : الذى يظهر فى استخدام أساليب توافقية تدل على تأخر النضوج الاجتماعى والنفسى ، وعلى ضعف الاستفادة من الخبرات السابقة . ويسمى دول هذه الخاصية " عدم الاستطاعة الاجتماعية " التى تظهر فى عدم قدرة الشخص على تصريف أموره بنفسه ، ويقيسها مقياس فاينلاند للنضوج الاجتماعى .

أما الجمعية الأمريكية للضعف العقلى فقد أطلقت على هذا العرض " السلوك التوافقى السيئ " الذى يظهر فى النواحى الآتية : [٢٣]

(أ) تأخر ارتقاء المهارات الحسية والحركية فـي الجلـوس والمشـي والتسنين ، والنطق والتحكم فى عمليات الإخراج . ويعتبر التأخر فى هذه المهارات محكاً جيداً للسلوك التوافقى السيئ فى مرحلة ما قبل المدرسة .

(ب) ضعف الاستعداد للتحصيل الدراسى الذى يظهر فى تكرار الرسوب فى المدرسة الابتدائية . ويعتبر الفشل فى التحصيل الدراسى محكاً جيداً للسلوك التوافقى السيئ فى سنوات الطفولة والمراهقة .

(ج) التوافق الاجتماعى السيئ الذى يظهر فى عدم قدرة الشخص علـى تصريف شئونه بنفسه ، وفى عدم قدرته على تحمـل مسـئولياته الشخصية والاجتماعية ، وفى فشله فى الحصول على عمل يعول به نفسه . ويعتبر هذا العرض دليلاً على سوء التوافق فى سنوات الرشد .

٣- ظهور هاتين العلامتين فى مرحلة الطفولة وبصفة خاصة الطفولة المبكرة أو المتوسطة ويندر تأخر ظهورها حتى الطفولة المتأخرة . وهذا يعنى أن الشخص الذى لا تظهر عليـه علامـات الضـعف العقلى حتى سن الثانية عشر من عمره لا يحتمل إصابته بالضعف العقلى فى مراحل حياته التالية .

ولا يتفق المؤلف مع الجمعية الأمريكية لرعاية المتخلفين عقلياً فـي جعل فترة النمو التى يظهر فيها الضعف العقلى من الميلاد إلى سن ١٨ لأن من غير المتوقع أن يكون النمو العقلى عند الشخص مناسباً لعمـره

الزمنى حتى سن ١٢ ثم يصاب بالضعف العقلى فى سن من ١٣ إلى ١٨سنة .

ومن وجهة نظره فإن الشخص الذى ينمو عقلياً بشكل طبيعى فى مرحلة الطفولة ، لا يحتمل إصابته بالضعف العقلى فى المراهقة . ويؤيده فى هذا أقصى عمر عقلى يحصل عليه ضعيف العقل على اختبار " ستانفرد – بنيه " للذكاء حوالى ١١ سنة تقريباً مما يدل على أن النمو العقلى عند المتخلفين عقلياً يكتمل عند مستوى النمو العقلى للأطفال العاديين فى سن الحادية عشرة أو أقل من ذلك . وهذا يعنى أن احتمال حدوث الضعف العقلى من بداية الحمل وحتى سن الحادية عشرة أو الثانية عشرة ولا يحتمل حدوثه بعد هذا السن من العمر .

مشكلات ضعاف العقول :

إن ضعاف العقول يعجزون عادة عن رعاية أنفسهم ولا يستطيعون الاعتماد على أنفسهم فى شق طريقهم فى الحياة بحيث يحتاجون باستمرار إلى الإشراف من الغير لحمايتهم وحماية غيرهم منهم . ومن ثم نلاحظ ارتفاع نسبة الوفاة بينهم أكثر من المعتاد ويرجع ذلك لعدم إدراكهم أهمية المحافظة على صحتهم وحياتهم وكثرة تعرضهم للحوادث بنسبة أكبر من العاديين لعدم إدراكهم للأخطار التى يتعرضون لها فى حياتهم اليومية .

وتتضح المشكلات التى تصاحب الضعف العقلى ، إذا لم يجد أفراد هذه الفئة الرعاية المناسبة السليمة . فى أنهم يتعرضون للتشرد والتسول ، والعدوان ، والتخريب ، فنجد أنهم معرضون للوقوع فى أخطاء خلقية وعدوانية ويرجع ذلك إلى الصعوبة التى يعانون منها فى ضبط دوافعهم

الغريزية وتوجيهها وإلى صعوبة إدراكهم للقواعد الخلقية فـي المجتمـع وعدم قدرتهم على ضبط سلوكهم وفقاً لما تتطلبه هـذه القواعـد ، كمـا يتعرضون للانقياد لمن هم أذكى منهم ، ومن ثم يكونون موضع اسـتغلال من الآخرين فى صور مختلفة منها استغلال كبار المجـرمين ورؤسـاء العصابات لهم فى تنفيذ مآربهم وجرائمهم أو فى استغلالهم فى الدعارة أو غير ذلك من الجرائم .

وعموماً تتلخص المشكلات التى تصاحب الضـعف العقلـى فـى الآتى:(٢٤)

١- العجز كلياً أو جزئياً عن الإنتاج .

٢- التخريب والتدمير أو السلوك المخرب نتيجة الضعف العام للبصـيرة وعدم القدرة على التفكير .

٣- التشرد الذى يرجع أساساً لعدم إدراكهم .

٤- الجريمة أو السلوك الإجرامى أو العدوانى ، وتتسم جرائمهم بالبساطة والسهولة وعدم التعقيد ، لعدم إدراكهم وانقيادهم للغير ، مما يجعلهـم موضع استغلال رؤساء العصابات من المجرمين فى تنفيـذ مطـالبهم الإجرامية .

٥- الوقوع فى الانحرافات الجنسية واستغلالهم فى ذلك .

٦- شعور كل من الوالدين بالذنب ، من جهة أنهم السبب فى وجودهم مما يجعل الوالدين فى حالة من التعاسة والشعور بالذنب .

ولهذا كله فإن فئة ضعاف العقول فى حاجة ماسة للرعاية والتوجيه بمعرفة المتخصصين وعن طريق المؤسسات المختلفة الملائمة لهم .

الرعاية الصحية والاجتماعية لضعاف العقول :

أولاً : الرعاية الصحية :

يشير مفهوم الرعاية الصحية عادة إلى مجموعة كبيرة من النشاطات الطبية التى تشمل فى إطارها عمليات تشخيص الحالة ، وتقييم المستوى الأدائى والوظيفى للأعضاء والنظم الجسمية ، ووصف خطوات العلاج والنشاطات التأهيلية ، وتقديم الرعاية الجسمية العامة ، ووقاية العميل من المضاعفات أو من تكرار حدوث الإصابة مستقبلاً . ويتم تقديم جوانب الرعاية على مراحل متتالية تبعاً لكل حالة على حدة .

وتعتبر الرعاية الصحية للطفل المتخلف عقلياً من المسئوليات طويلة المدى والتى تحتاج إلى عمليات متتابعة مستمرة . وعادة ما يتغير نوع الرعاية ومستوياتها وأساليب تقديمها تبعاً لعمر الطفل واحتياجاته واحتياجات أسرته ، وتتم ممارسة أوجه الرعاية من خلال عمليات التشخيص والملاحظة ، والفحوصات الدورية ، والكشف على الطفل قبل دخول المدرسة ، وما يجرى مناقشته مع أولياء الأمور من أجل مساعدتهم على اختيار المؤسسة الملائمة لإيواء الطفل فى حالة احتياجه إلى ذلك .

ومن الأمور الملاحظة بوجه عام ، أنه كلما تقدم المعاق فى العمر تقلص حجم الخدمات الطبية التقليدية التى تقدم عادة للمعاق ذهنياً وازدادت الحاجة إلى الخدمات الأخرى كالرعاية المدرسية والاجتماعية والنفسية وخدمات التدريب المهنى والتأهيل . وعادة ما ينتهى دور عمليات التقييم الطبى الشامل للحالة بمجرد التأكد من الأغراض والتعرف على الأسباب إن وجدت وتشخيص الحالة على أنها تخلف عقلى . ويعتبر انتهاء

التشخيص بداية لمرحلة جيدة حيث يبدأ دور التأهيل الدراسة والاجتماعى والإرشاد والتوجيه النفسى ، فيما بعد . ومع ذلك تبقى الحاجة بشكل أو آخر للرعاية الطبية بصورة نسبية . ويجب الإشارة إلى أن بعض فئات التخلف العقلى قد يحتاج إلى الاستمرار عمليات الرعاية الصحية الطبية بشكل دائم ، وبخاصة فى حالة اقتران الإعاقة العقلية بإعاقات عضوية أو جسمية أخرى ، مثل اضطرابات الكلام أو السمع ، والإصابة بالنوبة الصرعية الكبرى ، واضطرابات التناسق العضلى الحركى ، ومشاكل الجهاز الهضمى أو التنفسى .

وتكتسب الرعاية الصحية أهميتها من حقيقة هامة هى أن التشخيص الطبى الدقيق للحالة يساهم مساهمة فعالة فى وضع الخطط التى تقوم عليها جميع أنواع الرعاية بشكل عام . وتأكيداً لذلك نشير إلى أنه أمكن علاج بعض الحالات التى كان من الممكن أن تؤدى إلى الإصابة بالتخلف العقلى الشديد أو العميق وذلك بفضل التدخل الطبى المباشر فى الوقت المناسب وقبل حدوث أضرار أو مضاعفات عميقة . وقد تمكن العلماء من استخدام نظام غذائى خاص لعلاج حالات الكريتيدية ، كما أمكن علاج حالات استسقاء الدماغ بالتدخل الطبى الجراحى المبكر حتى ولو كان الطفل فى مرحلة ما قبل الولادة ولم يولد بعد . كذلك أمكن عن طريق استخدام مجموعة من الأساليب العلمية المتنوعة عودة بعض المعرضين للإصابة بالتخلف العقلى إلى نموهم الطبيعى . وقد تمكن العلماء حديثاً من إضافة حامض القلوتامين ، وهو من الأحماض الأمينية إلى غذاء بعض المصابين بالتخلف العقلى لفترات طويلة ، مما أدى إلى تحسن فى جوانب الشخصية وحدوث زيادة طفيفة فى معدلات الذكاء . غير أنه اتضح أن دوام التحسن

واستمراره يرتبط ارتباطاً شديداً بإضافة الحامض الأميني إلى الغذاء مدى الحياة . وأن التوقف عن تعاطيه يعود بالحالة إلى سابق ما كانت عليه قبل بداية العلاج . كذلك اتضح للأطباء والعاملين فى القطاع الصحى أن إضافة مواد خاصة إلى غذاء الأطفال المصابين بداء (الفنيل – كيتونوريا) فى وقت مبكر من ولادتهم وبحيث لا يتعدى عمرهم (٧٢) ساعة على أكثر تقدير ، يؤدى إلى القضاء على أعراض الاضطراب ونمو الأطفال بشكل طبيعى ، بشرط استمرار إضافة تلك المواد طوال الفترة التى يستغرقها نمو المخ .

ونظراً لأنه كلما زاد حجم الإعاقة العقلية واضطرابات المخ زاد ذلك من ظهور اضطرابات عضوية متعددة ، فإن مثل هؤلاء الأفراد عادة ما يحتاجون إلى رعاية طبية متواصلة ، تبعاً لاحتياجات كل حالة . فالتخلف العقلى البسيط مثلاً ، لا يكون مصحوباً بمضاعفات جسمية أو حسية مما يجعل مقدار الرعاية الصحية الموجهة لأفراد تلك الفئة تأخذ فى التضاؤل كلما زاد العمر . أما أفراد فئة التخلف العقلى المتوسط ، فقد يصاحب بعض حالاتهم ظهور اضطرابات جسمية . وقد اتضح أن عدداً غير قليل من المصابين بمرض دوانز (المنغولية) يعانون من اضطرابات النوبة الصرعية الكبرى ، على وجه الخصوص أما أفراد فئة التخلف العقلى الشديد والعميق ، فيعانون من مجموعة من الاضطرابات الجسمية والحسية ، بالإضافة إلى عدم قدرتهم على المواظبة على النظافة الجسمية أو اتباع إرشادات السلامة أو استطاعتهم تجنب مصادر الأوبئة والأمراض المعدية ، مما يجعلهم معرضين دائماً لكثير من الأمراض والاضطرابات الصحية .

ثانياً : الرعاية الاجتماعية :

يقول العلماء بأنه ليست هناك مشكلة شبيهة بمشكلة الشعور بالاختلاف ، وأن جميع أفراد الفئات الخاصة على اختلاف إعاقتهم ومستوياتهم يمثلون أقلية تعانى من المشاكل والضغوط التى عادة ما تشعر بها المجموعات الصغيرة وتميز سلوكهم .

وغالباً ما تحيط أفراد هذه الفئات النظرات من كل جانب ، وقد تواجه بالسخرية والاستهزاء وسوء الفهم أو الرثاء فى كثير من الأحيان ، تبعاً لاختلاف اتجاهات الناس فيما بينهم . ولما كانت نظرة الآخرين واتجاهاتهم نحو المعاق تنطوى على شعور بانخفاض المنزلة أو المكانة الاجتماعية وتؤكد أحياناً على الاختلاف والنقص عن الآخرين ، فلا عجب أن تأتى ردة فعل المعاق على شكل سلوك غير ناضج أو "طفلى" ، ونزوع إلى العدوان اللفظى والمادى ، أو على شكل سلوك انسحابى وهروب من مواجهة الموقف ككل . وتؤدى كل تلك العوامل مجتمعة إلى الشعور بالنقص والقصور والعجز ، والتعرض لمواقف الإحباط والشعور بالدونية ، وإلى صعوبة الانتماء للآخرين أو إقامة علاقات صداقة وصحبة معهم ، وإلى فشلهم فى عمليات الاتصال المتنوعة ، وإلى تنمية اتجاهات الآخرين العدائية نحوهم .

نظرة الأسرة للمتخلف ذهنياً :

إن أول رد فعل عادة ما يأتى من جانب الأسرة التى تنظر إلى الطفل المعاق عقلياً بنفس النظرة التى ينظر بها الإنسان إلى الكارثة أو الأمر الذى لا يمكن احتماله أو التعامل معه . ولذا ، فكثيراً ما تلجأ بعض

الأسر ، فى بداية الأمر ، إلى عزل المعاق عقلياً لحمايته من العالم الخارجى ، حسب وجهة نظرها بطبيعة الحال . وتمثل الإعاقة بشكل عام، والإعاقة العقلية بوجه خاص لطمة قوية للروح المعنوية للأسرة بشكل لا يمكن تجاهله . إذ عادة ما يتسم موقف الأسرة بالخوف والقلق والتردد وعدم التصديق والرهبة من عدم قدرة المعاق على القيام بعمليات التوافق الاجتماعى النفسى والانفعالى ، مما يشكل عقبة أمام كبرياء الأسرة ورغبتها فى الرقى والرفع من مكانتها الاجتماعية . وبدلاً من الالتجاء إلى ذوى الاختصاص واستشارتهم فى الأمر ، فقد يجتهد الآباء أو يعتمدون على نصائح غير المهنيين ، مما يزيد من صعوبة الموقف وتعقيده . ويمكن معالجة الأمور والمواقف عن طريق تعليم الآباء وتعريفهم بأنواع الإعاقات وطبيعتها ، وإرشادهم إلى فرص التعليم والتدريب والتأهيل المتاحة لمثل تلك الحالات ، وإكسابهم مجموعة من الخبرات والمهارات فى كيفية التعامل مع حالات الإعاقة العقلية .

دور الأخصائى الاجتماعى مع ضعاف العقول :

من الأقوال المأثورة أن الوقاية خير من العلاج ، وأكثر ما يصدق هذا فى حالات الضعف العقلى . فالضعف العقلى ليس ككثير من الأمراض التى إذا أصابت شخصاً ما أمكن علاجها . فالعلاج الطبى لا يفيد إلا فى حالات قليلة ، كما تتوقف فائدته على التبكير به ، وكثيراً ما تمر الفترة الحرجة التى يجب أن يبدأ عندها العلاج دون ملاحظة للضعف العقلى إلا إذا كانت المظاهر الجسمية المصاحبة له واضحة لدرجة تساعد على التشخيص المبكر . لذلك وجب تركيز الجهود على برامج الوقاية

التى يجب أن تكون عاملاً جماعياً تشترك فيه الخدمة الاجتماعيــة بــدور بجانب غيرها من الهيئات الطبية والنفسية والإعلامية .

ويجب أن تمتد هذه البرامج إلى العديد من المجالات كإجراء البحوث العلمية التى يمكن أن تلقى ضوءاً على مشكلة الضعف العقلى ، حتى يمكن أن نلم بجميع أطرافها ونعرف أسبابها معرفة أوسع وأعمق .

هذا ولا يجب أن تقتصر هذه الأبحاث علــى النــواحى البيولوجيــة والنفسية وحدها ، بل يجب أن تتجه نحو العوامل الاجتماعية ، فتتطرق إلى دراسة كيفية تغيير اتجاه المجتمع نحو مشكلة الضعف العقلى وعلاقــة بعض العادات الاجتماعية بهذه المشكلة ، مثل عادة الزواج من الأقــارب وأسبابها الاجتماعية . فقد أظهرت معظم الدراسات العلميــة أن الــزواج بالأقارب كثيراً ما يؤدى إلى نتائج سيئة من الناحية الوراثية والبيولوجية ، لأنه يساعد على ظهور الصفات الوراثية المنتجة . وتجب أيضاً دراســة بعض العادات الاجتماعية الضارة ، مثل التجاء بعــض الأمهــات إلــى " الوصفات البلدية " التى يستعملها أحياناً أثناء الحمل ، وكذلك الاعتقاد فــى بعض الخرافات كالجن والزار ... إلخ ، وذلك حتى يتخلص المجتمع من مثل هذه الأساليب الجاهلة .

ولاشك أن إجراء مثل هذه الأبحاث ذات الصبغة الاجتماعية التــى يمكن أن تساهم فيها الخدمة الاجتماعية بدور لا يستهان به ، كما يجب أن تتجه المجهودات العلمية نحو عملية الإنجاب التى تمد المجتمع بعناصــره البشرية ، فتقدم الخدمات الطبية والنفسية والاجتماعيــة وكافــة الوســائل الكفيلة لمساعدة الأم على تجنب أى أخطاء تعوق نمو جنينها نمواً سليماً . ونذكر من هذه الخدمات : (٢٥)

١- التوسع فى إنشاء مكاتب التوجيه والاستشارات الأسرية فى محافظات الجمهورية المختلفة .

٢- الاهتمام بزيادة عدد مراكز تنظيم الأسرة .

٣- التوسع فى إنشاء مراكز رعاية الأمومة والطفولة .

٤- زيادة عدد الدور والمستشفيات الخاصة بالولادة .

على أن يمتد نشاط هذه الهيئات إلى التوعية والتثقيف الصحى للأسرة من نواح متعددة ، يهمنا منها فى هذا المجال ما يمكن أن يساهم به الأخصائيين الاجتماعيين بدور إيجابى ، وهى :-

(أ) إمداد الأسرة بالمعلومات اللازمة للأم الحامل من حيث العوامل التى قد تعوق سير الحمل سيراً سليماً ، وبالتالى تؤثر على سلامة الجنين .

(ب) إرشادها إلى طرق التغذية الصحية التى تتطلبها حالة الحمل .

(ج) مساعدتها على توفير الجو الانفعالى الهادئ والبعد عن التوتر ، إذ تشير بعض الدراسات إلى أن اضطراب الانفعالى للأم الحامل قد يؤثر على الجهاز العصبى للجنين .

(د) توضيح العلاقة بين كثرة الإنجاب والتأثير الناتج على صحة الأم إذ أن سوء حالة الرحم وصحة الأم والاضطراب الميتابولى تزيد من إحتمال ولادة طفل ضعيف العقل .

أضف إلى ما سبق أن الضعف العقلى إذا أصاب فرداً لم تقف آثاره عند أسرته فقط ، وإنما تمتد تلك الآثار إلى المجتمع . فآباء ضعاف العقول يرون – بسبب النظرة الاجتماعية الخاطئة إلى الضعف العقلى – أنه وصمة أصابتهم ، مما يؤدى بهم إلى الضيق والقلق والتوتر ، وهذا بالطبع

ينعكس على إنتاجهم ونشاطهم الاجتماعى . ويظن كثير من الأفراد أن الضعف العقلى فى غالبيته موروث ، وبذلك يخشى آباء ضعاف العقول أن يرموا أنفسهم بتهمة الضعف العقلى كصفة وراثية . وقد أثبتت البحوث الحديثة أن الوراثة لا تلعب ذلك الدور الهام الذى ينسبه إليها الكثيرون ومن ثم يتعين على الأخصائى الاجتماعى أن يعمل على إيجاد وعى اجتماعى مستنير بأسباب هذه المشكلة ونتائج وكيفية التغلب عليها ، وأن يعرف الآباء مواضع الخطأ والصواب فى معاملة ضعاف العقول ، وأهمية الاستشارات العلمية والطبية . وخطورة الاعتماد على الأساليب البالية التى قد تفوت فرص التحسن على أبنائهم .

هذا وإذا كانت الأسرة هى أول وأهم ويسط من وسائط التطبيع الاجتماعى للطفل ، فعليها يقع العبء الأكبر فى تهيئة ضعيف العقل ، وذلك بقدر ما يؤهله له ذكاؤه المحدود لأن يعيش فى المجتمع . وعناية الأسرة بضعيف العقل تتوقف إلى حد كبير على اتجاه الوالدين نحوه . وإذا كان الرفض يسئ إلى نمو الطفل العادى ويعرقل من تكيفه أكثر تأثيراً فى ضعيف العقل الذى يحتاج إلى الاستفادة من أية فرص تعوضه ما يعانيه من عجز عقلى . لذلك وجب على الأخصائى الاجتماعى العمل مع الوالدين لإحداث التغييرات المطلوبة فى اتجاهاتهم الضارة نحو طفلهم ضعيف العقل فلا ينساقوا فى تدليله أو الإسراف فى حمايته أو حرمانه من المسئوليات أو نبذه وإهماله .

وكل هذه الاتجاهات النفسية الطبية تحتاج من الأخصائى الاجتماعى إلى التعديل حتى ينظروا إلى طفلهم ضعيف العقل كمريض يحتاج للاهتمام

والتدعيم النفسى والاجتماعى لا كحالة ميئوس منها تدعو للرثاء والإحباط لآمالهم ولا يملكون إزاءه سوى التجنب والقلق والتوتر.

وقد يفيد فى تغيير اتجاهات الوالدين نحو ضعيف العقل قيام الأخصائى الاجتماعى بممارسته للعمليات العلاجية التعليمية والتبصيرية معهم من تنبيه ونصح وتفسير وتوضيح وإقناع وتدعيم .. إلخ لكيفية معاملته .

وعلى العموم فرعاية الطفل ضعيف العقل تتطلب من الأخصائى الاجتماعى مساعد الوالدين على أن يأخذوا فى الاعتبار عدة أمور أهمها :

١- محاولة معرفة أسباب الضعف العقلى للطفل والبحث عن أنجح الوسائل لعلاجه أو لتدريبه وتأهيله مهنياً .

٢- ملاحظة تطور نمو الطفل عن قرب ، فإذا ما ظهر أى عرض يشير إلى اختلاف نموه عن النموذج العام ، سارعوا إلى استشارة المتخصصين ، لأن الوقاية والرعاية المبكرة لها أهميتها البالغة فى تحسين حالته .

٣- معرفة المستوى العقلى الحقيقى للطفل وما لديه من قدرات خاصة حتى تقدم له الخدمات على أساس قدراته وإمكانياته .

٤- تقييم خدمات الرعاية والتربية التى تقدمها الأسرة له ، وذلك بملاحظة تأثيرها على تطوره العقلى والانفعالى والاجتماعى ، حتى يمكن تعديلها إذا لم تتفق وما تتطلبه حالته .

٥- لا يجب الاهتمام بتعليم الطفل مجموعة من المعارف والمعلومات بقدر الاهتمام بتعليمه المهارات التى تساعد على إشباع حاجاته والتفاعل مع

بيئته ، كاللغة والعادات الصحية السليمة والاعتماد على النفس في الأعمال العادية مثل الأكل والملبس والنظافة العامة إلى غير ذلك .

٦- التفكير في تخطيط المستقبل على أساس ما عند الطفل من قدرات حقيقية لا على أساس ما يتمنى الوالدان أن يكون عليه الطفل ، لأن ذلك يؤدى إلى ضغط عقلي وانفعالي لا يتحمله .

كما تعتبر برامج خدمة الجماعة وسيلة فعالة لمساعدة ضعيف العقل في الاندماج والتفاعل الاجتماعي والتزود بعادات الأمن والصحة والعادات الأخرى الخلقية والاجتماعية ، فضلاً عن التسلية عن طريق البرامج الترويحية المختلفة .

اللائحة الداخلية لمكتب التأهيل الاجتماعى

الباب الأول :

مادة : (١) أغراض المكتب :

تأهيل جميع فئات ذوى العاهات من الجنسين للعمل ويشمل ذلك إعدادهم وتوجيههم التوجيه المهنى الذى يتفق وما يتبقى لهم من قدرات بدنية وعقلية ونفسية ومساعدتهم على التكيف والاستقرار فى عمل مناسب ليصبحوا مواطنين صالحين يعتمدون على أنفسهم ، ويعتمد المكتب فى توفير خدمات العملاء على كافة الإمكانيات الموجودة بالبيئة كالمستشفيات والمصانع والشركات فى القطاع الخاص والعام .

مادة : (٢) شروط القبول :-

١- أن يكون من رعايا جمهورية مصر العربية .

٢- أن يكون مقيماً فى دائرة اختصاص المكتب .

٣- أن يكون قد أتم مرحلة العلاج الطبى حتى أصبحت حالة العجز مستقرة .

٤- أن ينطبق عليه تعريف العاجز الواردة فى المادة رقم ٢ من القانون رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٩ والتى يقصد بها كل شخص أصبح غير قادر على الاعتماد على نفسه فى مزاولة عمله أو القيام بعمل آخر والاستقرار فيه ونقصت قدرته على ذلك نتيجة لقصور عضوى أو عقلى أو حسى أو نتيجة عجز خلقى منذ الولادة .

٥- ألا يكون من المصابين بأمراض عقلية ونفسية .

٦- بالنسبة لناقهى الدرن يشترط أن تكون حالة العميل مستقرة والبصاق سلبى وأن يثبت من الفحص الطبى عليه دورياً بمعرفة الجهة المختصة قدرته على العمل وصلاحيته للتأهيل وأن يتم توقيع الكشف الطبى عليه دورياً كل شهرين بمعرفة الجمعية المختلفة . وهذا لا يمنع أن تحول الحالات النشطة من الدرن لجهة العلاج المختصة وقبوله للتأهيل بعد شفائه .

٧- بالنسبة لمرض الجذام يجب أن يكون العميل من المرضى السلبيين مع المداومة على العلاج بعيادات الجذام الخارجية والكشف الطبى عليه مرة كل سنة طبقاً للشروط التى تضعها وزارة الصحة .

مادة : (٣)

خدمات المكتب الداخلية مجانية إلا إذا ثبت من البحث الاجتماعى قدرة العميل على المساهمة فى نفقات التأهيل كلها أو بعضها ويجوز تقديم خدمات التأهيل للمستفيدين من قوانين أخرى على نفقة الهيئات التابعين لها بشرط موافقتها على تحمل هذه النفقات .

مادة : (٤) نظام القبول :

تقدم طلبات خدمات التأهيل إلى الجهة القائمة على هذه الخدمة وتقيد الطلبات فى السجل الخاص بذلك وتقدم خدمات التأهيل حسب الأسبقية المطلقة لتاريخ قيد الطلبات ويجوز الاستثناء من شرط أسبقية القيد إذا ثبت من الفحص الطبى بمعرفة طبيب الجهة واعتماد رئيسها لنتيجة الفحص أن التأخير فى تقديم خدمة التأهيل يضر بالحالة طبياً أو يؤدى إلى تدهورها .

(أ) الدراسة :

١- تتم دراسة الحالات بمعرفة السادة الأخصائيين الفنيين بالمكتب وفقاً لأقدمية تقديم الطلبات .

٢- تجرى المقابلة الأولية للعميل فى يوم تقدمه للمكتب لاستعراض حالته العامة والوقوف على البيانات الأولية عن نوع العجز وظروفه الاجتماعية والمهنية وتبصير العميل بالخدمات التى يقدمها المكتب لعملائه .

٣- يفحص العميل طبياً بمعرفة طبيب المكتب مع الاستعانة بالجهات الطبية المختصة كلما كان ذلك ضرورياً لتقرير صلاحيته للتأهيل على أن يكون الفحص الطبى شاملاً وطبقاً للنموذج المعد .

٤- يجرى بحث اجتماعى ميدانى للعميل بمعرفة مكتب التأهيل للحالات المقيمة فى دائرة المكتب مع الاستعانة بالوحدات الاجتماعية فى إجرائه للحالات الأخرى على أن يكون البحث مستوفياً البيانات طبقاً للنموذج المعد .

٥- ترصف الأجهزة لمستحقيها كخطوة من خطوات التأهيل طبقاً لنظام الإعداد البدنى الصادر من الإدارة العامة للتأهيل الاجتماعى على أن تتخذ الخطوات التالية للحالات الصالحة للتأهيل المهنى :

[أ] الفحص النفسى لوضع تقرير عن الحالة وفقاً للنموذج المعد

[ب] الفحص المهنى لإبداء الرأى المهنى المقترح للحالة ومدى القدرة على القيام بها .

٦- تعد مذكرة بملخص الحالة بمعرفة مدير المكتب وفقاً للنموذج المعد تمهيداً لعرض الحالة على لجنة قبول العاجزين على أن تتم دراسة الحالة خلال أسبوعين على الأكثر من تاريخ تقديم الطلب.

(ب) لجنة القبول :

١- تعرض الحالة على لجنة القبول المُشكلة طبقاً للقرار الوزارى ٢٥٩ لسنة ١٩٧٦ مادة ١٥ والتى تنص على : تشكل بكل جهة تقوم بتقديم خدمات التأهيل لجنة على الوجه الأتى :-

(١) مدير أو رئيس تلك الجهة مقرراً .

(٢) رئيس قسم التأهيل أو أخصائى التأهيل بمديرية الشئون الاجتماعية المختصة .

(٣) ممثل مديرية القوى العاملة التى تقع فى الجهة فى دائرة عملها.

(٤) طبيب الأمن الصناعى ويختاره مدير مديرية القوى العاملة .

(٥) طبيب الجهة .

وتختص هذه اللجنة بفحص طالبة التأهيل ويكون لها الإطلاع على التقارير الطبية والنفسية والاجتماعية والمهنية الخاصة بالطالب ودراستها لتقرير مدى عجزه وصلاحيته للتأهيل وتتولى وضع خطة لتأهيله متضمنة اختيار المهنى وفترة تدريبه ، ولا تكون اجتماعات هذه اللجنة صحيحه إلا بحضور أربعة أعضاء على الأقل من بينهم مدير أو رئيس الجهة وأحد الطبيين المشار إليهم فى الفقرتين ٤ ، ٥ وممثل مديرية القوى العاملة التى

تقع فى دائرتها جهة التأهيل وذلك لتقرير مدى انطباق تعريف المعوق الوارد فى القانون ٣٩ لسنة ١٩٧٥ .

٢- تثبت محاضر اجتماعات هذه اللجنة فى سجل خاص ويقوم رئيس المكتب المقرر لهذه اللجنة وأحد الطبيبين المشار إليها فى الفقرتين ٤ ، ٥ بالتوقيع على قرار اللجنة فى طلب التأهيل ومحاضر اللجنة.

٣- الحالات التى تقرر اللجنة عدم قبولها يجب أن يكون قرارها مسبباً ويخطر العميل بالقرار ومسبباته .

مادة : (٥) التدريب :

١- ألا يقل السن عن ١٢ سنة مادامت حالته الصحية تسمح بتأهيله .

٢- يجب إلحاق العميل بالتدريب فى موعد أقصاه بداية الأسبوع الرابع من تاريخ تقديم الطلب ويجوز استثناء الحالات التى تحتاج إلى أجهزة تعويضية أو صناعية قبل بداية التدريب .

٣- يراعى عند إلحاق العملاء بأماكن التدريب قربها من محال إقامتهم .

٤- يوضع العميل تحت الاختبار لمدة أسبوعين فى المهنة الموجهة إليها لتقرير مدى إمكانية تكيفه معها وقدرته على مواصلة التدريب فيها فإذا ثبت استجابة العميل للمهنة وتبين إمكان نجاحه للتدريب فيها أبرم عقد التدريب بين المكتب والمدرب .

٥- يجوز لمجلس الإدارة تقرير صرف مصاريف الانتقالات الفعلية التى يتكبدها العميل بناء على استدعائه لاتخاذ الإجراءات اللازمة لتأهيله مهنياً .

٦- يجوز صرف أجور تدريب العملاء للمحلات والمؤسسات والشركات والهيئات بحيث لا يزيد أجر التدريب عن جنيهان شهرياً لكل على حده على ألا تزيد فى مجموعها عن ٢٥جنيهاً .

٧- مدة التدريب لا تزيد عن سنة متصلة إلا إذا ثبت من التتبع أن ظروف الحالة تستوجب مد فترة التدريب ويعرض الأمر على اللجنة الفنية .

٨- يجوز صرف إعانات تدريب للعملاء أثناء فترة تدريبهم فى حدود إمكانيات ميزانية المكتب وتبعاً للحالة الاجتماعية للعميل .

٩- يجوز صرف مصاريف الانتقالات الفعلية للمواصلات العامة للعميل من محل إقامته إلى مكان التدريب ذهاباً وإياباً على أن تصرف كل نصف شهر وذلك بعد استيفاء الاستمارة المخصصة لهذا الغرض على أن يتم الصرف من السلف المستديمة بالمكتب بمعرفة سكرتير المكتب .

١٠- يجرى اختبار العميل فى نهاية المدة المقررة بخطة التأهيل على أن يتم ذلك بجهة متخصصة فى المهنة المدرب عليها ويثبت بنتيجة الاختبار درجة كفاءته وتعرض على لجنة منح الشهادات .

مادة : (٦) لجنة منح الشهادات :-

(أ) تشكل بكل جهة تقوم بتقديم خدمات التأهيل لجنة أخرى على الوجه التالى :-

١- مديرة أو رئيس الجهة		مقرراً .

٢- الأخصائى المهنى بالجهة		عضواً .

٣- طبيب الجهة عضواً .

٤- رئيس قسم التأهيل بمديرية الشئون الاجتماعية المختصة عضواً .

٥- ممثل مديرية القوى العاملة المختص بشئون القوى العاملة ويختاره مدير مديرية القوى العاملة . عضواً .

وتختص هذه اللجنة بتقرير منح شهادات التأهيل للمعوقين الذين تم تأهيلهم (أو الذين ثبت صلاحيتهم للقيام بعمل مناسب دون تأهيل بناء على طلبهم) ، وتصدر الشهادة طبقاً للنموذج رقم (١) معتمدة من مدير الجهة ومصدقاً عليها من مدير عام الشئون الاجتماعية المختصة .

ولا تكون اجتماعات هذه اللجنة صحيحة إلا بحضور أربعة على الأقل من بينهم مدير الجهة وطبيب الجهة وممثل مديرية القوى العاملة .

(ب) تختص اللجنة بتحديد شهادة التأهيل المهنى الصادرة لمدة سنة أخرى وذلك بعد قيام أخصائى المكتب بفحص الحالة وإثبات تقاريرهم عنها للوقوف على التغيرات التى تكون قد طرأ عليها وفى حالة التقدم للتجديد مرة أخرى بعد مرور السنة الأولى تعامل الحالة كحالة جديدة .

(ج) اللجنة لها الحق فى منح الشهادة بدل فاقد بعد إجراء إثبات فقدها ويرفق بالملف ما يثبت على أن تتضمن بدل الفاقد نفس بيانات الشهادة الأصلية .

(د) تقيد الشهادات الصادرة من اللجنة فى سجل قيد المؤهلين وتسلم للعميل فى مدة لا تتجاوز أسبوع من تاريخ اجتماع اللجنة ويحصل

المكتب على إيصال بالاستلام ويرفق بملف العميل وتختم الشهادة بخاتم شعار الدولة بمديرية الشئون الاجتماعية المختصة .

(هـ) يمنح المرضى السلبيين للجذام شهادات التأهيل المهنى بعد النص فى الشهادة على مداومة حاملها على العلاج بعيادات الجذام الخاصة والكشف عليه مرة كل عام طبقاً للشروط التى تضعها وزارة الصحة.

مادة : (٧) التشغيل والتتبع :

١- على المكتب معاونة العملاء المؤهلين على الالتحاق بالأعمال التى تم تأهيلهم لها إلى أن يتم استقرارهم فيها وذلك بالوسائل التالية :

(أ) التشغيل بحكم القانون عن طريق مكاتب القوى العاملة .

(ب) التشغيل عن طريق الاتصال الشخصى بأرباب الأعمال والمؤسسات والشركات والهيئات التى لا ينطبق عليها أحكام القانون .

(ج) التشغيل عن طريق مشروعات إنتاجية تكون موضوعة أساساً فى خطة التأهيل للعميل باعتبار المشروع هو الوسيلة الوحيدة لمعاونته فى التشغيل على أن تعرض الحالات التى تقرر لها مشروعات على سجل المساعدات للتأكد من عدم تكرار المساعدة لنفس الشخص من أى جهة ، ويمكن تنفيذ هذه المشروعات من أموال المكتب أو من متجمد المساعدات الاجتماعية المستحقة أو عن طريق مشروع الأسر المنتجة حسب ظروف كل حالة .

٢- يقوم أخصائى التشغيل بتتبع العملاء المؤهلين بعد تشغيلهم للتعرف على المشاكل التى تواجههم ومعاونتهم فى التغلب عليهــا علــى أن تبين نتيجة التتبع بالسجل والملف الخاص بالعميل ويستمر التتبع إلى أن يتم التأكد من استقرار الحالة فى عملها بنجاح .

٣- يقوم أخصائى التشغيل بوضع تقرير شهرى عن عدد الحالات التى تم تشغيلها من عملاء المكتب ويعرض شهرياً على مجلــس الإدارة لدراسته والوقوف على الصعوبات التى قد تواجهها للمعاونــة فــى تذليلها . .

الباب الثانى :

مادة : (٨) :

بالنسبة للنواحى الإدارية والمالية (حسابات مخــازن – عهــد – سكرتارية – شئون أفراد .. إلخ) تطبق أحكام النظام الداخلى النموذجية للجمعيات الصادرة عن الإدارة العامة للجمعيات والاتحادات بالوزارة .

مراجع الفصل السابع

١- توماس كارل : رعاية المكفوفين نفسياً واجتماعياً ومهنياً ، ترجمة صلاح مخيمر ، القاهرة ، عالم الكتب ، ١٩٦٩ ، ص ٧٣ .

٢- عطيات ناشد وآخرون : الرعاية الاجتماعية والنفسية للمعوقين ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية ، ١٩٧٩ ، ص ٥٥ .

٣- محمد سيد فهمى : واقع رعاية المعوقين فى الوطن العربى ، الإسكندرية ، المكتب الجامعى الحديث ، ٢٠٠٠ ، ص ٧٩ .

٤- السيد رمضان : إسهامات الخدمة الاجتماعية فى مجال رعاية الفئات الخاصة ، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية ، ١٩٩٥ ، ص ص : ٢٢٦-٢٢٧.

٥- عبد المنعم نور : الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل ، القاهرة ، مكتبة القاهرة الحديثة ، ١٩٧١ ، ص ٢١٢.

٦- المرجع السابق : ص ٢١٣ .

٧- محمد عبد المؤمن حسين : سيكولوجية غير العاديين وتربيتهم ، الإسكندرية ، دار الفكر الجامعى ، ١٩٨٦ ، ص ٢٦ .

٨- محمد عبد المحى محمود حسين صالح : متحدوا الإعاقة من منظور الخدمة الاجتماعية ، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية، ١٩٩٩ ،ص ص:١٠٤ -١٠٥.

٩- السيد رمضان : إسهامات الخدمة الاجتماعية فى مجال رعاية الأحداث ، مرجع سابق ، ص ٢٢٨ .

١٠- انظر كل من :

- السيد رمضان : إسهامات الخدمة الاجتماعية فى مجال رعاية الفئات الخاصة ، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية ، ١٩٩٥ .
- إقبال إبراهيم مخلوف : الرعاية الاجتماعية وخدمات للمعوقين ، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية ، ١٩٩١ .
- محمد سيد فهمى : واقع رعاية المعوقين فى الوطن العربى ، الإسكندرية ، المكتب الجامعى الحديث ، ٢٠٠٠.
- محمد عبد المحى محمود حسين صالح : متحدوا الإعاقة من منظور الخدمة الاجتماعية ، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية ، ١٩٩٩ .

١١- محمد عبد المحى محمود حسين صالح : متحدوا الإعاقة من منظور الخدمة الاجتماعية ، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية ، ١٩٩٩ ، ص ١١٧ .

١٢- عبد المنعم نور : الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل ، مرجع سبق ذكره ، ص ٢٤١ .

١٣- عبد الفتاح عثمان : الرعاية الاجتماعية والنفسية للمعوقين ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية ، ١٩٧٩ ، ص ٦٧ .

١٤- محمد سيد فهمى ، السيد رمضان : الفئات الخاصة من منظور الخدمة الاجتماعية ، الإسكندرية ، المكتب الجامعى الحديث ، ١٩٩٩ ، ص : ١٨٩ .

١٥- عبد المنعم نور : مرجع سبق ذكره ، ص ص : ٢٤٢ – ٢٤٣.

١٦- محمد سيد فهمى : واقع رعاية المعوقين فى الوطن العربى ، مرجع سبق ذكره ، ص : ٩٥-٩٦ .

١٧- رمضان محمد : سيكلولوجية الإعاقة ، مطبعة الانتصار ، ١٩٩٤، ص ص ١٥٥ – ١٥٧ .

١٨- محمد سيد فهمى : السلوك الاجتماعى للمعوقين " دراسة فى الخدمة الاجتماعية " ، الإسكندرية ، المكتب الجامعى الحديث ، ١٩٩٨ ، ص ص ٩٠-٩١ .

١٩- السيد رمضان : إسهامات الخدمة الاجتماعية فى مجال رعاية الفئات الخاصة ، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية ، ١٩٩٥ ، ص ٢٤٨ .

٢٠- عبد المحى محمود حسن : متحدوا الإعاقة من منظور الخدمة الاجتماعية ، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية، ٢٠٠٠ ، ص ص ١٦٤-١٦٥.

٢١- عبد المنعم نور : الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل ، القاهرة ، مكتبة القاهرة الحديثة ، ١٩٧١ ، ص ٢٥٩ .

٢٢- المرجع السابق : ص ص ٢٥٩ – ٢٦٠ .

٢٣- عبد المحي محمود حسن : مرجع سبق ذكره ، ص ص ١٧١-١٧٢ .

٢٤- السيد رمضان : مرجع سبق ذكره ، ص ص ٢٥٦ - ٢٥٧ .

٢٥- المرجع السابق : ص ص ٢٦١ - ٢٦٥ .



الفصل الثامن

مؤسسات رعاية المعوقين

مقدمة :

يتم تقديم خدمات التأهيل لفئات المعوقين المختلفة عن طريق أجهزة مؤسسية تقوم بتقديم خدماتها أما فى صورة نوعية محددة أو فى صورة خدمات متكاملة . وأهم هذه الأجهزة أو المؤسسات .

أولاً- مكاتب التأهيل الاجتماعى للمعوقين : (١)

إن مكاتب التأهيل الاجتماعى للمعوقين تعتبر واحدة من المؤسسات التى ترعى ذوى العاهات وتقدم لهم برامج التأهيل المختلفة من تأهيل مهنى إلى أجهزة تعويضية وأطراف صناعية وعلاج طبيعى بالنظام الخارجى – معتمدة فى تأدية هذه الخدمات على المؤسسات الموجودة بالبيئة .

ويضم كل مكتب عددا من أخصائى ، التأهيل يحال إليهم الحالات المطلوب تأهيلها للقيام بتوجيهها وذلك كما أوضحنا عن طريق الاستعانة ببعض الهيئات الفنية والمؤسسات الأخرى وموارد البيئة فتتولى مثلا تدريب عملائها فى مصانع أو ورش خارجة فى السوق وتخدم هذه المكاتب المعوقين من الجنسين – وفى جميع الأعمار وتمتاز بأنها أقل وسائل التأهيل تكلفة وباتساع نشاطها وبأنها لا تعزل العاجز عن الحياة العادية .

ومكتب التأهيل المهنى فى صورته العامة هو مكتب بسيط أقرب ما يكون إلى عيادات التوجيه المهنى يتولى العمل فيه أخصائى للتأهيل المهنى وموظف إدارى وعامل للخدمة ، ومهمة هذه المكاتب فى

استقبال المعوقين ودراسة حالتهم مستعينا فى فحصهم طبيا واختبارهم نفسيا وإعدادهم مهنيا عن طريق مستشفيات وعيادات نفسية ومعاهد فنية ومصانع وغير ذلك من الهيئات التى يتعاون معها حتى يتم تشغيل المعوق .

ويكون التدريب المهنى لحالات هذه المكاتب عن طريق التعاقد بين المكتب والجهة التى يدرب فيها الشخص طبقا لعقود وتحدد فيها مدة التدريب وشروطه ويلتزم المكتب بمقتضاها بدفع أجور التدريب إلى الجهة التى تتولى هذا التدريب كما تقوم هذه المكاتب بصرف أجور انتقالات وتقديم مساعدات مالية إذا دعت الحاجة (إعانات تدريب) إلى أن يتم تدريب الشخص على المهنة التى وجه إليها ولبساطة وقلة نفقات هذه المكاتب فقد أصبح عددها بكل محافظات الجمهورية ٢٩ مكتبا ومن أهم مزايا هذه المكاتب أنها مندمجة فى البيئة وأن التأهيل فيها لا يعزل المعوق عن الحياة العادية وهى فى ذلك تشبه الخدمات المنزلية التى تقدمها مراكز التأهيل التى سيرد ذكرها فيما بعد .

ويمكن أن نوجز أهم أعمال مكتب التأهيل فى التالى :

(أ) القيام بالبحوث الاجتماعية للشخص المعوق بعد عملية العلاج الطبى.

(ب) الدراسة النفسية والعمل على اختيار المهنة المناسبة لحالة العجز.

(ج) الاستعانة بمصادر البيئة فى تدريب هذه الفئة .

(د) محاولة الحاقهم بالعمل .

(ه) متابعة الحالات للتحقق من نجاح عملية التأهيل واستقرار الحالة بمعرفة الاخصائى الاجتماعى كما يقوم الاخصائى الاجتماعى بمعاونة العميل على التكيف الاجتماعى مع البيئة فى العمل والأسرة .

وكان نوعية الخدمات التى قدمتها هذه المكاتب خلال عام ١٩٧٥ هو ٥٤٠٨ حالة تدريب مهنى بنسبة ٣١,٤% من مجموع المستفيدين ١٥٨٥٣ حالة زودت بأجهزة تعويضية وأطراف صناعية بنسبة ٦٣,١% تقريب وعدد ٩٤٩حالة علاج طبيعى بنسبة ٥,٥%.

ثانياً : مراكز التأهيل الاجتماعى للمعوقين : (٢)

وهو مركزا ومؤسسة معدة لاستقبال المعوقين وتقديم كافة خدمات التأهيل التشخيصيه والعلاجية منذ البداية حتى المرحلة النهائية لتأهيل المعوق معتمدة على نفسها دون الاستعانة بهيئات أخرى إلا فى القليل النادر فهى مجهزة بأقسام الفحص الطبى والاختبارات النفسية والمهنية والإطراف الصناعية والأجهزة التعويضية والتدريبات العلاجية والورش المهنية – ويقوم بالعمل فيها أخصائيون فى كل من هذه النواحى الفنية – وتضم غالبا أقسام داخلية يقيم فيها المعوقين حتى يتم تأهيلهم ولذا فهى عادة تتخصص فى تأهيل ذوى العاهات الجسمية الشديدة التى لا تتيح لأصحابها الانتقال بسهولة واستعمال وسائل المواصلات العادية للانتقال من مكان الى آخر وبذلك يتعذر تأهيلهم عن طريق مكاتب التأهيل ومن أمثلة ذلك حالات الشلل الكلى وحالات البتر المزدوج والروماتيزم المفصلى المزمن وحالات روماتيزم القلب والدرن

ومصابى ومشوهى الحرب وما شابه أو الحالات التى تحتاج إلى مراقبة مستمرة من النواحى النفسية والبدنية .

وهناك أنواع كثيرة من مراكز التأهيل منها المراكز التى تهتم بالتأهيل الطبى والعلاج الجراحى والعلاج الطبيعى والعلاج بالعمل ومنها ما يهتم بالإعداد المهنى والتدريب المهنى ومنها ما يساهم فى إجراء البحوث الفنية فى النواحى الطبية والمهنية والأجهزة التعويضية – وأفضلها جميعا ما يسمى بالنوع الشامل الذى يضم أقساما للعلاج الطبى والعلاج الطبيعى والعلاج بالعمل والتوجيه المهنى والإعداد والتدريب المهنى والأجهزة التعويضية والتكيف الشخصى والنفسى إلى جانب أقسام للدراسات والبحوث وأقسام الخدمة الاجتماعية .

وتحديدا لدور مركز التأهيل يمكن توضيحه فى النقاط التالية :

١- البحث الاجتماعى لحالات المعوقين المتقدمين للمركز للوقوف على كافة المعلومات عن كل حالة على حدة وبخاصة قبل الإصابة وانعكاس الإصابة على الحالة – ويجب أن يتضمن البحث تقريرا طبيا شاملا يتم عن طريق القسم الطبى بالمركز وتحديد درجة العجز – وكذلك تقرير للاختبارات النفسية التى تتم على كل حالة .

٢- الإعداد البدنى عن طريق العلاج الطبيعى أو التدريبات البدينة والأجهزة التعويضية والتدريب على استعمالها .

ويجب أن يقوم مركز التأهيل بتوفير الإمكانيات اللازمة لتحقيق الأهداف الآتية :

أ- الدراسة الكاملة لحالات المعوقين المتقدمين لمركز التأهيل وعن طريق هذه الدراسة يمكن تقرير العناصر التى تشكل العاهة وما يمكن أن يستفيد منه العميل من خدمات وكيف يتم ذلك – فلا يمكن للخدمات الطبية أو الاجتماعية أو النفسية أو المهارات المهنية أن تحقق أهدافها إلا بناء على ما تسفر عنه احتياجات المعوق ومهاراته ونواحى قصوره ومستوى الصلاحية المحتملة للعمل والوقت الذى يمكن أن تستغرقه عملية التأهيل وهذا ما يتحقق عن طريق عملية الدراسة العلمية التى يجب أن تتضمن كافة المعلومات عن كل حالة وبخاصة قبل الإصابة وانعكاس الإصابة على الحالة – كما يجب أن تتضمن الدراسة تقريرا طبيا شاملا يتم عن طريق القسم الطبى بالمركز وتحديد درجة العجز ، وكذلك تقرير للاختبارات النفسية التى تتم عن كل حالة .

ب- وظيفة علاجية ويتضمن العلاج الطبيعى أو المهنى وسائر الخدمات الطبية الأخرى التى تخرج من نطاق المستشفيات العادية فالعلاج المهنى والعلاج الطبيعى لمواجهة المقتضيات البدنية للحياة اليومية والتدريبات البدنية والأجهزة التعويضية والتدريب على استعمالها .

٣- التوجيه المهنى للحالة عن طريق دراسة إمكانيات الحالة المهنية وتوجيهها للمهنة المناسبة لامكانياتها المتاحة ولا شك أن جو المركز وما به من فرص وإمكانيات يساعد على استعادة الحالة

للثقة والطمأنينة مما يهيئ لها تقبل الخدمات الإرشادية والاستجابة للتوجيهات المهنية .

٤- التدريب المهنى وتزويد الحالة بالمهارات الجديدة وصقل وتنمية المهارات القديمة – ويجب أن يقود التدريب المهنى الحالة إلى مستوى العمل والإنتاج سواء فى المصنع أو المؤسسة أو الهيئة التى سيلحق بها – أو الانضمام للعمل بالمصنع – وفى أغلب الأحيان يبدأ التدريب داخل المركز ثم يستكمل فى مصانع وورش خارجية عندما تصل الحالة للمستوى الذى يسمح لها بذلك .

٥- التشغيل عن طريق إلحاق الحالة بعد تدريبها بالعمل المناسب وهناك قواعد يلتزم بها مركز التأهيل فى عملية التشغيل أهمها :

- ❖ ضرورة ملائمة العمل للظروف البدنية والجسمية والصحية للمعوق فلا ينبغى مثلا إلحاق مريض الدرن بمشروعات تتصل بالأغذية أو مريض القلب فى عمل يحتاج الحركة الكثيرة .
- ❖ أن يؤخذ التاريخ المهنى فى الاعتبار عند تقرير نوع العمل الذى سيلحق به إذ يفضل أن يكون العمل من النوع الذى سبق للمعوق اكتساب خبرات فيه .
- ❖ أن يستتبع التشغيل عملية تتبع للتأكد من استمرار الحالة فى العمل بنجاح .

٦- خدمات تربوية وثقافية عن طريق ما يتيحه المركز من برنامج تعليمى خاص يتفق وظروف المعوقين الذين يرعاهم المركز

يتضمن التعليم العالى والمهنى وكذلك النشاط الثقافى الذى عن طريقه يتم توفير سبل المعرفة للمعوقين بالمركز كتوفير المطابع البارزة فى مراكز تأهيل المكفوفين لإنتاج الوسائل التعليمية اللازمة.

٧- الخدمات الترويحية والنشاط الاجتماعى والخدمات المساعدة كالإعانات لمساعدة المعوقين المقيمين بالمركز كبرامج الرعاية الداخلية لهم .

٨- إعداد الفنيين للعمل فى محيط فئة المعوقين التى يخدمهم مركز التأهيل كالأخصائيين والمدرسين حتى يمكن توفير الايدى الفنية المدربة على القيام ببرامج التأهيل والتربية لفئات المعوقين التى ترعاها .

٩- القيام بالبحوث والدراسات فى مجال فئات المعوقين الذين يرعاهم المركز للاستفادة بنتائج هذه البحوث فى تطوير خدمات المركز .

١٠- وقد تشمل خدمات مركز التأهيل الخدمات المتخصصة التالية :

أ- المصانع المحمية للمعوقين :

وهو مصنع تقيمه الحكومة أو الهيئات المختصة لتشغيل وتأهيل ذوى العاهات الذين تحول ظروفهم دون تشغيلهم تحت ظروف العمل العادية بسبب عدم قدرتهم على العمل طوال الساعات اليومية المقررة أو بسبب حاجاتهم إلى رعاية طبية خاصة وإشراف طبى معين إثناء العمل أو غير ذلك من الأمور التى لا تتوافر لدى أرباب الأعمال أو المصانع

العادية ومن أمثلة ذلك المكفوفين والناقهين من الدرن ، وحالات القلب المزمنة وبعض حالات الشلل – وحالات من الضعف العقلى .

وتبعا لذلك فهناك مجموعتين من حالات المعوقين التى تحتاج حالتهم إلى العمالة المحمية وهى :

- حالات تحتاج العمالة المحمية بصفة مؤقتة حيث أن حالتهم لا يمكن أن تصلح للعمل العادى لكن عن طريق العمالة المحمية والخدمات الأخرى يستطيعون الاندماج فى العمالة العادية المنظمة تدريجيا .
- حالات تحتاج العمالة المحمية بصفة دائمة إذ تعتبر بالنسبة لهم أقصى مستوى ممكن من العمالة .

وقد أطلق البعض على هاتين الفئتين اسم "العجزة الناقهين صناعيا" و "العجزة الدائمين صناعيا" – ويجب التنبيه إلى أنه لا يمكن التكهن بالمجموعة التى يتبعها العميل مهما كانت الوسائل المستخدمة لذلك.

ويبلغ عدد هذه المصانع فى جمهورية مصر العربية خمسة مصانع يعمل بها ٤٧٠ عاملا من ذوى العاهات المؤهلين .

ب- برامج الخدمات البيئية أو المنزلية :

هى برامج تهدف إلى تهيئة فرص التدريب المهنى لبعض فئات المعوقين (حبيسى المنزل) فى بيئاتهم أن كانت الظروف تسمح لهم بالتدريب فى بيئتهم أو منازلهم ثم يزودون بما يلزمهم من خامات الإنتاج ثم مساعدتهم على تسويق إنتاجهم ورد الثمن إليهم أو دفع

أجورهم على ما ينتجونه وبذلك نهيئ لهم فرصة العمل والكسب معتمدين على أنفسهم بطريقة تتناسب وظروفهم وتتفق مع قدراتهم وطاقتهم .

ويعد التدريب المنزلى من أهم ألوان الخدمات التأهيلية البيئية فأخصائى التدريب المنزلى بحكم التواجد فى البيئة بالقرب من المعوق يكون أول من يتصل به ويوضح له أهداف برامج التأهيل وخدماتها وهو ينتظره حتى يتقدم إليه بل يبحث عنه وعن مقر أقامته ويقوم بزيارته ودراسة ظروفه ومشاكله فإذا ما تبين إمكانية تقديم خدماته إليه فى منزله أو بيئته قدمها له وساعده على الاستفادة منها .

وهذا اللون من الخدمة أكثر انتشارا فى مراكز تأهيل المكفوفين وضعاف العقول عنه بالنسبة للفئات الأخرى من المعوقين – ومن أهم مميزات هذا النوع من الخدمات .. ما يأتى :-

١- أنها تعزل المعوق عن بيئته – وتقوم على استنباط البرامج التى تواجه احتياجاته .
٢- أنها أقل تكلفة وأسهل انتشارا عن البرامج التدريبية الصناعية باهظة التكاليف والإدارة .
٣- أنها أقرب إلى مبدأ الفردية فى تقرير الخدمة وتقديمها عن سواها من الخدمات التأهيلية .
٤- أنها تكمل عمل مركز التأهيل وتسد الفراغ فى برامجه بتقديم خدماتها لمن لا تشملهم الخدمات المؤسسية فترعى الأطفال المعوقين وتوجه الأسر وتقدم خدماتها للمعوقين المسنين فى منازلهم .

٥- يتميز هذا اللون من الخدمة بالمرونة وقابليته مواجهة البيئات والفئات المختلفة من المعوقين .

وأهم المهن التى يتدرب عليها المعوقين من خلال هذا النوع من الخدمات عمل لعب الأطفال والصناعات اليدوية كالنسيج والسجاد وأدوات النظافة وإصلاح الساعات وغيرها من المهن الأخرى .

وفى جمهورية مصر العربية نجد أن التشريع يسمح بتفضيل منتجات مؤسسات التأهيل فى مناقصاتها ومشترياتها – ومن شان هذا التشريع فتح المجال إمام أفراد هذه المجموعة للاستمرار فى العمل والإنتاج .

ومن عيوب هذه الطريقة فى الخدمة أنها تسبب الملل الناشئ عن العمل الرتيب لنوع من الإنتاج طول الوقت .

- كما أن استخدام هذا اللون من الخدمة مازال محدود ويحتاج إلى تشجيع مراكز التأهيل على تدعيم هذا اللون من الخدمة خاصة أنه قد أثبتت نجاحا فى كثير من الدول .

ج- مصانع الأجهزة التعويضية والإطراف الصناعية :

وتتخصص هذه المصانع فى صناعة الأجهزة التعويضية والإطراف الصناعية التى تحتاج إليها مكاتب ومراكز التأهيل الاجتماعى للمعوقين – ويبلغ عددها فى جمهورية مصر العربية أربعة مصانع .

وقد بلغ عدد الأجهزة التى كان مطلوبا إنتاجها خلال الفترة من أول يناير سنة ١٩٧٥ حتى نهاية يونية ١٩٧٦ ، (١٦٩٩٢) جهازا

تعويضيا، استطاعت المصانع أن تنجز ١٤٧٧٧ جهازا منها بنسبة ٨٧٪ تقريباً .

ثالثاً : دور لأخصائى الاجتماعى العام فى مجال تأهيل المعوقين : (٣)

١- القيام بالمقابلة الأولى مع المعوق وبناء على ما يتوفر لديه من معلومات وحقائق عن الحالة يقرر مدى إمكانية قبول الحالة بالمؤسسة على أساس مدى انطباق شروط المؤسسة عليها .

٢- القيام بعمل بحث اجتماعى كامل عن الحالة متضمناً صورة شاملة عن الحالة وجزئياتها.

٣- يمهد لإجراء الاختبارات والقياسات النفسية والطبية .

٤- إجراء تقرير عن ظروف سوق العمل لهذا العميل فيما لو اكتسب المهارة اللازمة .

٥- عرض كل ما يتوفر لديه من دراسات عن العميل على لجنة التأهيل التى تضم الاخصائى الاجتماعى والطبيب والاخصائى النفسي واخصائى التدريب واخصائى التشغيل لوضع تشخيص تأهيلى للحالة وبالتبعية خطة التأهيل .

٦- العمل على إتاحة الفرصة أمام العميل للحصول على الخدمات التأهيلية التى تحتاجها حالته.

٧- يقوم بوضع تقارير دورية من خلال عمله المباشر مع العميل .

٨- يقوم بتعديل خطة التأهيل بالإضافة أو الحذف ويتم ذلك بناء على الظروف التى تمر بها الحالة وبناء على اتفاق مع العميل والفريق التأهيلي المشترك مع الاخصائى .

٩- مساعدة العميل على الالتحاق بالعمل الذى يناسب قدراته وتدريبه عليه ومتى حصل العميل على عمل مناسب فإن الاخصائى يقوم بمتابعته لفترة مناسبة .

١٠-يقوم الاخصائى بمساعدة العميل على الاستفادة من الخدمة المتاحة فى المجتمع عندما يتبين له حاجة العميل لهذه الخدمات .

١١-تسجيل الجهود المهنية التى يقوم بها وكتابة التقارير الدورية عن عمله مع هذه الحالات وفتح السجلات الخاصة بها .

١٢-المساهمة فى إجراء البحوث الاجتماعية عن المعوقين واستخدام نتائج هذه البحوث فى تطوير الخدمات المقدمة لهم .

ولقد حددت الجمعية الوطنية للتأهيل بالولايات المتحدة الأمريكية (١٩٥٦) أهم المعارف والمهارات اللازم توافرها فى أخصائى التأهيل وهى تنطبق تماماً على الأخصائى الاجتماعى : (٤)

١- تفهم للنمو البشرى وتأثير خبرات الطفولة والمراهقة على سلوك البالغ .

٢- تفهم الظروف التى تؤثر على التكيف الاجتماعى والمهنى وطبيعتها وأسبابها .

٣- إلمام كافى بتشريح الجسم الانسانى وتأثير الأمراض والحوادث على الجسم ووظائفه وعلى السلوك والشخصية .

٤- قدرة على اكتشاف والتعرف على مظاهر العجز العقلى أو البدنى وتفهم صلتها بالتكيف الاجتماعى والمهنى .

٥- إلمام بالأطراف الصناعية والأجهزة المصممة لإزالة العجز أو تقليل آثاره .

٦- قدرة على دراسة الحالة الفردية ووضع التشخيص والتسجيل المهنى.

٧- القدرة على تكوين علاقة مهنية ناجحة مع العميل ومع الفريق التأهيلي وزملاء العمل .

٨- قدرة على مساعدة العميل على تفهم مشكلاته ومساعدته على المشاركة البناءه فى تأهيله .

٩- معرفة للمنظمات القائمة فى المجتمع والمؤسسات وأساليب عملها أو سياستها وشروط تقديم الخدمة بها .

١٠- القدرة على الاستفادة من موارد المجتمع وخدماته فى مواجهة مشكلات المعوق وتكوين علاقة مع هذه المصادر .

١١- القدرة على تحليل الاحتياجات التأهيلية للمجتمع وتنظيم الموارد لمقابلة هذه الاحتياجات .

١٢- القدرة على الاشتراك فى العمل الفريقى داخل المؤسسة التأهيلية والمساهمة الايجابية فى هذا العمل .

١٣-القدرة على القيام بالدراسات والبحــوث فى مجال عمله لتطـــوير أساليب أداءه لهذا العمل .

١٤-القدرة على إقناع أصحاب الأعمال على استخدام المعوقين لديهم.

١٥-معرفة كاملة بالتشريعات الخاصة بعمله مع المعوقين .

مراجع الفصل الثامن

١- إبراهيم المليجى : الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية ، مرجع سبق ذكره ، ص ص : ٢٤٧ - ٢٥٠ .

٢- سوسن عثمان وعلى الدين السيد : الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى والتأهيل ، مرجع سابق ، ص ص : ٢١٣ - ٢١٤ .

٣- عبد المنعم نور : الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل ، مرجع سبق ذكره ، ص ص : ٣١١ - ٣١٤ .

٤- سوسن عثمان وعلى الدين السيد : مرجع سابق ، ص ص : ٢٣٢ - ٢٣٥ .



الفصل التاسع

التأهيل المهنى للمعوقين

مقدمة:

يتميز مجتمعنا المعاصر بوفرة من التشريعات الاجتماعية تستهدف إقرار وحماية حقوق الضعفاء والمحرومين والمحتاجين كذلك أصبحت التشريعات الاجتماعية اليوم تمثل سند قوى لحركة التأهيل الاجتماعى للمعوقين .

ومن الأهداف الأساسية لعملية التأهيل هو إلحاق المعوق بالأعمال المناسبة فى المهن المختلفة – لذلك نجد أن أهم الاتجاهات البارزة فى التشريعات والقوانين فى مجال التأهيل هى تلك التشريعات المدعمة للتطبيقات التأهيلية فى مجال تشغيل المعوقين .

وما يجب بيانه فى هذا الصدد هو أن هذه التشريعات والقوانين وحدها لا تكفى لنجاح خطة التشغيل ما لم تدعم بجهود واعية يقوم بها أخصائيو التأهيل عامة والتشغيل خاصة لإقناع المسئولين على المؤسسات والهيئات المختلفة بجدوى الانتفاع بجهود المعوقين بحيث لا يتم الالتجاء إلى التشريعات إلا عند الضرورة القصوى – وسوف نعرض لأهم التشريعات الخاصة بتأهيل المعوقين فى مصر كما يلي :

أولاً : القوانين

١- قانون الضمان الاجتماعى ١١٦ لسنة ١٩٥٠ :

ويعتبر هذا القانون بداية شعور الدولة بأهمية تأهيل ذوى العاهات كوسيلة إيجابية لرعايتهم وإعدادهم للعمل وحيث تنص المادة ٤٢ من

الباب الخامس منه على أن تقوم وزارة الشئون الاجتماعية بالاتفاق مع الوزارات والهيئات المختصة باتخاذ التدابير الضرورية لإنشاء وتنظيم المعاهد والمدارس اللازمة لتوفير الخدمات الخاصة بالمعوقين وتدريبهم وإعدادهم للعمل .

وقد ألغى هذا القانون واستعيض عنه بالقانون رقم ١٣٣ لسنة ١٩٦٤ متضمناً جوانب خاصة بحقوق فئات المعوقين من الرعاية حيث تضمن فى الباب الخامس منه على ما يلى :

(أ) مادة (٣٢) تقوم وزارة الشئون الاجتماعية بإنشاء الهيئات والمعاهد اللازمة لتوفير خدمات التأهيل .

(ب) مادة (٣٣) تمنح المعاهد والهيئات المشار إليها فى المادة السابقة شهادة للعاجزين بها على الأخص المهن التى تم تأهيلهم لها ويجب على هذه الهيئات والمعاهد تنظيم سجل لقيد هؤلاء المؤهلين .

(ج) مادة (٣٥) يجوز للجهة الإدارية المختصة تكليف أصحاب المعاشات والمساعدات وأفراد أسرهم الالتحاق بأحد المعاهد أو المؤسسات المنصوص عليها فى المادة (٣٢) أو القيام بعمل ترى أنه يناسب حالتهم فإن رفض أحدهم بعذر غير مقبول سقط حقه فى المعاش أو المساعدة أو نصيبه فى أى منهما .

هذا وقد نص المنشور الدورى رقم (٢٣) بتاريخ ١٩٦٦/٦/١٦ على اعتبار فئات الضعف العقلى بعد توقيع الكشف الطبى والنفسى تستحق معاش العجز الكلى أو مساعدة العجز الكلى فى حالة نفاذ المعاشات وتستحق مساعدة العجز الجزئى فى حالة ثبوته .

٢- قانون رقم ٩١ لسنة ١٩٥٩ :

وينص الفصل الرابع من الباب الأول من القانون المذكور على ما يأتى :

مادة [٢٣] : يقصد بالعاجز كل فرد نقصت قدرته على أداء عمل مناسب والاستقرار فيه نقصاً فعلياً نتيجة لعاهه بدنية أو عقلية .

مادة [٢٤] : تسرى أحكام هذا الفصل على أصحاب الأعمال الذين يستخدمون ٥٠ عاملاً فأكثر سواء كان العمال يشتغلون لدى صاحب العمل فى مكان أو بلد واحد أو فى أمكنة أو بلاد متفرقة داخل الإقليم الواحد .

مادة [٢٥] : يقوم وزير الشئون الاجتماعية والعمل بالاتفاق مع الوزارات والجهات المختصة بإنشاء وتنظيم الهيئات والمعاهد بطلب يقدم إليها يبين فيه حالة العاجز .

ويتم فحص الطالب لتحديد مدى عجزه بمعرفة لجان تشكل بقرار من وزير الشئون الاجتماعية ويكون قرارها نهائياً .

مادة [٢٦] : يقصد بعبارة التأهيل المهنى الواردة فى الفصل بالخدمات المهنية التى تقدم للعاجز لتمكنه من استعادة قدرته على مباشرة عمله الأصلى أو أداء عمل آخر مناسب لحالته والاستقرار فيه وذلك كالإعداد البدنى والتوجيه المهنى والتدريب المهنى والتخديم .

مادة [٢٧] : تمنح المعاهد والهيئات المشار إليها فى المادة ١٥ العاجز الذى تم تأهيله مهنياً شادة تثبت ذلك وتحدد البيانات التى تشتمل عليها هذه الشهادة بقرار من وزير الشئون الاجتماعية والعمل .

ويجب على هذه الهيئات والمعاهد تنظيم سجل لقيد هؤلاء المؤهلين يشتمل على ذات البيانات الواردة بالشهادة المشار إليها .

مادة [٢٨] : لكل عاجز تم تأهيله مهنياً أن يطلب بناء على شهادة تأهيلية قيد اسمه فى مكتب التوظيف والتخديم الذى يقع فى دائرة محل إقامته وعلى مكاتب التوظيف والتخديم قيد تلك الطلبات فى سجل خاص وإعطاء الطالب فى يوم تقديم الطلب شهادة بدون مقابل بحصول القيد ، وعليها كذلك معاونة هؤلاء العاجزين فى الالتحاق بالوظائف والأعمال التى تناسبهم وتتفق مع أعمارهم وكفاءاتهم ويجوز ترحيلهم مع أسرهم على نفقة الدولة من مكان إقامتهم إلى الجهات التى الحقوا بالعمل فيها .

مادة [٢٩] : على اصحاب الأعمال الذين يسرى عليهم هـذا القـانون استخدام من ترشحهم لهم مكاتب التوظيف والتخديم مـن واقع سجل قيد العاجزين الذين تم تأهيلهم مهنياً وذلك فـى حدود ٢% من مجموع عدد عمالهم .

ويجوز لأصحاب الأعمال شغل هذه النسبة باستخدام العـاجزين من غير طريق الترشيح من مكاتب التوظيف والتخديم بشرط حصـول القيد المنصوص عليه بالمادة السابقة .

مادة [٣٠] : يتمتع العاجزون الذين يتم تشغيلهم طبـاقً لأحكـام هـذا الفصل بجميع الحقوق المقررة للعمال الآخرين فـى هـذا القانون .

مادة [٣١] : استثناء من القرارات التنظيمية العامة فى شـأن اللياقـة الصحية تقوم الشهادة المنصوص عليها فى المادة ٢٧ مقام اللياقة الصحية بالنسبة إلى حالة العجز الوارد بهذه الشهادة فقط . وذلك عند التعيين بالوظائف العامة وتكـون لهـم أولوية فى التعيين أسبق على الأولوية المقررة للمقيـدين وفقاً للقانون .

ويجوز لوزير الشئون الاجتماعية والعمل تحديد وظائف وأعمال حكومية معينة يكون للعاجزين الذين تم تأهيلهم أولوية التعيين فيها كمـا يجوز له تقرير الشروط الواجب توافرها فى العمل لتيسير قيام العـاجز بعمله .

مادة [٣٢] : مع مراعاة حكم المادة السابقة يكون للعاجز من المصابين أثناء وبسبب العمليات المربية أو الخدمة العسكرية أو الوطنية (خدمة العلم) أولوية التعيين فى الوظائف والأعمال الحكومية أو الأهلية وذلك مع مراعاة النسبة المنصوص عليها فى المادة ٢٩ ويعفى من يعين من العاجزين فى وظائف وأعمال حكومية من شروط اللياقة وشروط اجتياز الامتحان المقرر لشغل الوظيفة بحيث لا تجاوز نسبة المعينين منهم ١٠% من مجموع الدرجات الخالية فى كل وظيفة .

واستثناء من أحكام القوانين المعمول بها يجمع العاجزين بين المرتب الذى عين به بإحدى الوظائف العامة وبين المعاش (التقاعد) الذى يتقاضاه بحيث لا يجاوز مجموعها خمسة عشر جنيهاً فى الإقليم المصرى ومائة وخمسين ليرة فى الإقليم السورى .

مادة [٣٣] : مع عدم الإخلال بأحكام الفصل الثالث من الباب الأول يجب على كل صاحب عمل ممن تسرى عليهم أحكام هذا القانون أن يرسل إلى مكتب التوظيف والتخديم الذى يقع فى دائرته مقر عمله بياناً بعدد الوظائف والأعمال التى يشغلها العاجزون الذين تم تأهيلهم مهنياً والأجر الذى يتقاضاه كل منهم .

ويكون الإخطار بهذا البيان على الاستمارة التى تعد لهذا الفرض فى مكاتب التوظيف والتخديم بكتاب سجل ولا يجوز شغل الوظائف والأعمال الخالية بغير العاجزين المنصوص عليهم فى المادة ٢٩ إلا بعد انقضاء أسبوع من تاريخ إخطار مكتب التوظيف والتخديم عنها .

مادة [٣٤] : على أصحاب الأعمال الذين تسرى عليهم أحكام هذا القانون تنظيم سجل خاص لقيد العاجزين الذين تم تأهيلهم مهنياً والحقوا بالعمل لديهم ويجب أن يشتمل هذا السجل على البيانات الواردة فى شهادة التأهيل ويجب تقديم هذا السجل إلى مفتى وزارة الشئون الاجتماعية والعمل كلما طلبوا ذلك .

وقد حدث تعديل بهذا القانون حيث صدر قانون رقم ٧٤ لسنة ١٩٦٤ ويقضى بأن تضاف إلى قانون العمل ٩١ لسنة ١٩٥٩ مادة ٦٣ مكرر نصها كالتالى " استثناء " من حكم المادة ٦٣ والفقرة الأولى من المادة ٨٩ من هذا القانون بمنع العامل المريض بالدرن أو الجذام أو بمرض عقلى أو بإحدى الأمراض المزمنة إجازة مرضية بأجر كامل إلى أن يشفى أو تستقر حالته استقرار يمكنه من العودة إلى مباشرة عمله أو يتبين عجزه كاملاً من مزاولة أية مهنة أو عمل ، ويصدر بتحديد الأمراض المزمنة المشار إليها فى الفقرة السابقة قرار من وزير العمل الإتفاق مع وزير الصحة .

٣- قانون التأمينات الاجتماعية رقم ٦٣ لسنة ١٩٦٤ :

وقد اشتمل هذا القانون على التأمين ضد الإصابة والتأمين الصحى للعمال كما قرر مبدأ التزام الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية بمباشرة وتوفير الخدمات التأهيلية اللازمة بما فى ذلك الأطراف الصناعية والأجهزة التعويضية طبقاً لما يقرره مجلس الإدارة .

وقد وافقت الإدارة العامة للتأهيل الاجتماعى على أن تقوم هيئات التأهيل التابعة لها بهذه المهمة نظير رسوم اتفق عليها تقوم بسدادها الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية .

٤- قانون التأمين الصحى للعاملين فى الحكومة والهيئات والمؤسسات العامة :

وقد نص هذا القانون فى المادة الثانية على أن يشمل هذا التأمين العلاج والرعاية الطبية وتوفير الخدمات التأهيلية لمن يتخلف لديه عجز وتقديم الأطراف والأجهزة التعويضية وذلك كله بالشروط والأوضاع والمستويات التى تحددها اللائحة التنفيذية طبقاً للسياسة التى يضعها المجلس الأعلى للتأمين الصحى .

٥- قانون رقم ٢٦ لسنة ١٩٧٤ بتعديل بعض أحكام قانون العمل الصادر بالقانون رقم ٩١ لسنة ١٩٥٩ .

وجاء فيه :

يستبدل بالمواد ٢٩ ، ٣٠ ، ٣١ ، ٣٢ من قانون العمل الصادر بالقانون رقم ٩١ لسنة ١٩٥٩ النصوص الآتية :

مادة [٢٩] : على الجهات الحكومية والهيئات العامة والمؤسسات العامة والوحدات الاقتصادية التابعة لها وعلى أصحاب الأعمال الذين يسرى عليهم هذا القانون استخدام من ترشحهم مكاتب التوظيف والتخديم من واقع سجل قيد العاجزين الذين تم تأهيلهم مهنياً وذلك فى حدود ٥% من مجموع عدد العاملين فى كل جهة من الجهات المشار إليها .

ويجوز شغل هذه النسبة باستخدام العاجزين من غير طريق الترشيح من مكاتب التوظيف والتخديم بشرط حصول القيد المنصوص عليه بالمادة السابقة .

مادة [٣٠] : يتمتع العاجزين الذين يتم تشغيلهم طبقاً لأحكام هذا الفصل بجميع الحقوق المقررة قانوناً للعاملين الآخرين فى ذات الجهة .

مادة [٣١] : استثناء من القواعد الطبية العامة فى شأن اللياقة الصحية ، تقوم الشهادة المنصوص عليها فى المادة ٢٧ مقام اللياقة الصحية .

مادة [٣٢] : يكون العاجزين من المصابين أثناء وبسبب العمليات الحربية أو الخدمة العسكرية أو الوطنية أولوية فى التعيين على غيرهم من العاجزون المؤهلين مهنياً .

ويعفى من يعين من العاجزين فى وظائف وأعمال الحكومة والهيئات العامة أو المؤسسات العامة أو الوحدات الاقتصادية التابعة لها

من شرط اجتياز الامتحان المقرر لشغل الوظيفة ، بحيث لا تجاوز نسبة المعينين منهم ٢٥% من مجموع الدرجات الخالية فى كل وظيفة .

واستثناء من أحكام القانون المعمول به يجمع العاجز بين المرتب الذى عين به فى إحدى الجهات المنصوص عليها فى الفقـرة السـابقة وبين المعاش الذى يتقاضاه بحيث لا يجاوز مجموعها خمسى وعشرين جنيهاً شهرياً .

٦- قانون تأهيل المعوقين رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥

وبصدور هذا القانون فإنه تم إلغاء كافة أحكام القوانين السـابقة حيث تم تجميعها وتنظيم كافة أوجه الرعاية للمعوقين فى هذا القـانون ولأهمية هذا القانون نورد نصه ومذكرته التفسـيرية فـى ختـام هـذا الفصل.

ثانياً : القرارات الوزارية

١- القرار الوزارى الصادر عام ١٩٦٤ فى شأن تحديد الأمـراض المزمنة التى يستحق عنها العامل المريض بإحداها أجازه مرضية بأجر كامل وهى :

- الأورام الخبيثة بجميع أعضاء الجسم .
- أمراض الدم الخبيثة مثل الليوكيميا .
- هبوط القلب المزمن والأمراض القلبية المزمنة التى تمنع من تأدية العمل .

- الارتفاع الشديد فى ضغط الدم أو المصحوب بمضاعفات عديدة .
- فشل الكبد المزمن أو تليف الكبد المصحوب باستسقاء .
- فشل الكليتين المزمن .
- درن العظام .
- شلل الأطراف والأمراض العصبية المزمنة التى تمنع من تأدية العمل .
- الإصابات الشديدة والأمراض الجراحية التى تمنع من تأدية العمل .
- انفصال الشبكية والالتهابات الداخلية والكتاركتا والجلوكوما .
- الأمراض الجلدية المزمنة .
- أمراض الجهاز التنفسى المزمنة .

٢- القرار الوزارى رقم ٨ فى ١٦ فبراير ١٩٦٥ بشأن تنظيم فحص طالبى التأهيل وتقرير صلاحيتهم للتأهيل ومنحهم شهادات التأهيل . وقد حدد هذا القرار إنشاء لجان القبول ومنح الشهادات وطريقة العمل بهيئات ومعاهد التأهيل .

٣- القرارات الوزارية التى تصدر باعتماد بعض الجمعيات كمعاهد وهيئات لتأهيل المعوقين ومنحها حق إعطاء شهادات التأهيل للمعوقين فى دائرة عملها وتخصصها .

٤- القـــرار الـــوزارى رقـــم ٣٩ بتـــاريخ ١٩٦٦/٣/١ بإســـناد الإشراف علـــى مؤسســـات ومراكـــز التثقيـــف الفكـــرى إلـــى الإدارة العامة للتأهيـــل الاجتمـــاعى بـــدلاً مـــن الإدارة العامـــة للأحداث .

٥- القرارات الوزارية الخاصة بمشروعات البحوث التأهيليـــة فـــى مجـــال رعايـــة المعـــوقين بالتعـــاون مـــع الحكومـــات الأجنبية .

قرار وزارى رقم ٢٢ فى ١٩٦٣/١٠/٢٧ بتشكيل اللجنة العامة لتنفيذ نص اتفاقية إجراء بحث فى وسائل تأهيـــل الشـــبان المصـــابين بعاهات قلبية .

٦- القرارات الوزارية أرقام ٧ ، ٨ ، ٩ ، لسنة ١٩٦٦ : بشأن تشكل اللجان وتحديد اختصاصاتها والنظام المالى والإدارى لمشروعات البحوث وتشكيل اللجنة العليا .

٧- القرار الوزارى رقم ١٢٦ لسنة ١٩٦٦ : بشأن ســـريان أحكـــام القرار الوزارى رقم ٧ فى يناير سنة ١٩٦٦ علـــى مشـــروعات بحوث التأهيل الجديدة .

٨- القرار الوزارى رقم ١٢٧ لسنة ١٩٦٦ : بشأن تشـــكيل اللجـــان التنفيذية لمشروع إمكان التأهيل المهنى للمختلفين عقلياً فى نطاق التكوين الاقتصادى والاجتماعى بمدينة القاهرة .

٩- القرار رقم ٢٥٩ لسنة ١٩٧٦ بشأن المذكرة التفصـــيلية للقـــانون رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥ ومرفق نص هذا القرار .

قانون رقم ٣٦ لسنة ١٩٧٥

بشأن تأهيل المعوقين

باسم الشعب

رئيس الجمهورية

قرر مجلس الشعب القانون الآتى نصه ، وقد أصدرناه .

مادة [١] : تسرى أحكام هذا القانون على المعوقين المتمتعين بجنسية مصر العربية كما تسرى على الأجانب المقيمين بها بشرط معاملة الدول التى ينتمون إليها بالمثل للمصريين ومع ذلك يعامل الفلسطينيون العرب معاملة من يتمتع بالجنسية المصرية مع احتفاظهم بجنسيتهم الفلسطينية .

مادة [٢] : يقصد فى تطبيق أحكام هذا القانون بكلمة المعوق كل شخص أصبح غير قادر على الاعتماد على نفسه فى مزاولة عمل أو القيام بعمل آخر والاستقرار به ونقصت قدرته عن ذلك نتيجة لقصور عضوى أو عقلى أو جسمى أو نتيجة عجز خلقى منذ الولادة .. ويقصد بتأهيل المعوقين تقديم الخدمة الاجتماعية والنفسية والطبية والتعليمية والمهنية التى يلزم توفيرها للمعوق وأسرته لتمكينه من التغلب على الآثار التى تخلفت عن عجزه .

مادة [٣] : لكل معوق حق التأهيل وتؤدى الدولة خدمات التأهيل دون مقابل فى حدود المبالغ المدرجة لهذا الغرض فى الموازنة العامة للدول ويجوز أن تؤدى هذه الخدمات بمقابل فى الحالات وفى الحدود التى يصدر بها قرار من وزيرة الشئون الاجتماعية .

مادة [٤] : يشكل مجلس أعلى لتأهيل المعوقين على النحو التالى :

١- وزير الشئون الاجتماعية. رئيساً

٢- أمين الخدمات باللجنة المركزية للاتحاد الاشتراكى عضواً

٣- وكيل وزارة الشئون الاجتماعية .

٤- وكيل وزارة الصحة .

٥- وكيل وزارة القوى العاملة .

٦- وكيل وزارة الصناعة . أعضاء

٧- وكيل وزارة المالية .

٨- وكيل وزارة التربية والتعليم .

٩- وكيل وزارة التعليم العالى .

١٠- وكيل وزارة التأمينات .

١١- وكيل الوزارة لشئون الأزهر .

١٢- مدير الخدمات الطبية بالقوات المسلحة .

١٣- ستة من المهتمين بشئون المعوقين وتأهيلهم . يختارهم ويحدد مكافآتهم وزير الشئون الاجتماعية لمدة سنتين قابلة للتجديد .

١٤- مدير عام الإدارة العامة للتأهيل الاجتماعى للمعوقين بوزارة الشئون الاجتماعية ويكون مقرراً للمجلس .

ويختص المجلس بدراسة وإعداد السياسة العامة لرعاية فئات المعوقين بجمهورية مصر العربية وتخطيط وتنسيق البرامج الخاصة برعايتهم وتأهيلهم وتشغيلهم والنهوض بمستواهم والاستفادة من الخبرات الدولية والمحلية والتخطيط للمشروعات التأهيلية لفئات المعوقين .

ويكون للمجلس نظام داخلى يصدر بقرار من وزير الشئون الاجتماعية ويجب أن يتضمن هذا النظام الأحكام المتعلقة بكيفية إدارته وتنظيم أعماله ومواعيد اجتماعها والأغلبية اللازمة لنفاذ قراراته .

مادة [٥] : تنشئ وزارة الشئون الاجتماعية المعاهد والمؤسسات والهيئات اللازمة لتوفير خدمات التأهيل للمعوقين .

ولا يجوز إنشاء معاهد أو مؤسسات أو هيئات التأهيل إلا بترخيص من وزارة الشئون الاجتماعية ، وفقاً للشروط والأوضاع التى يصدر بها قرار من الوزير وعلى الجهات القائمة فى تاريخ العمل لهذا القانون الحصول على الترخيص المشار إليه خلال ستة شهور من

تاريخ صدور قرار الوزير ويستثنى من ذلك هيئات التأهيل التابعة للقوات المسلحة ..

مادة [٦] : يجوز لوزير الشئون الاجتماعية إلحاق أصحاب المعاشات أو المساعدات وأفراد أسرهم المستفيدين من أحكام القانون رقم ١٣٢ لسنة ١٩٦٤ فى شأن الضمان الاجتماعى الصالحين للتأهيل بأحد المعاهد أو المؤسسات المنصوص عليها فى المادة (٥) أو إلحاقهم بعمل يناسب حالتهم ويجب عليهم فى هذه الحالة الالتحاق بالمعهد أو المؤسسة أو العمل الذى حددته لهم الوزارة خلال ثلاثين يوماً على الأكثر من تاريخ الإخطار بذلك بكتاب موصى عليه بعلم الوصول فإذا لم يتم الالتحاق فى الميعاد المذكور سقط حقه ولا يجوز أن يحل أحد محل من سقط فى ذلك .

مادة [٧] : تسلم الجهات المشار إليها فى المادة شهادة لكل معوق تم تأهيله بها يوجب أن يبين بالشهادة المهنية أو المهن التى يستطيع صاحبها أداءها بالإضافة إلى البيانات الأخرى التى يصدر بتحديدها قرار من وزير الشئون الاجتماعية وتسلم هذه الشهادة للمعوق الذى تثبت صلاحيته للقيام بعمل مناسب دون تأهيل بناء على طلبه وتصدر هذه الشهادات دون مقابل أو أية رسوم من أى نوع كان .

مادة [٨] : يقيد اسم كل معوق تسلم شهادة التأهيل فى مكتب القرى العاملة الذى يقع فى دائرته محل إقامته بناء على طلبه وتقيد مكاتب القوى العاملة هذه الأسماء فى سجل خاص ، وتسلم الطالب شهادة بحصول القيد بدون مقابل أو أية رسوم من أى نوع كان وتلتزم مكاتب القوى العاملة بمعاونة المعوقين المقيدين لديها فى الالتحاق بالوظائف أو الأعمال التى تتفق مع أعمارهم وكفايتهم والمهن التى تناسبهم ويتم ترحيلهم مع أسرهم على نفقة الدولة من مكان إقامتهم إلى الجهات التى يلحقون بالعمل بها .

وعلى مديريات القوى العاملة أخطار مديرية الشئون الاجتماعية الواقعة فى دائرتها ببيان شهرى عن المعوقين الذين تم تشغيلهم .

مادة [٩] : على أصحاب الأعمال الذين يستخدمون خمسين عاملاً فأكثر سواء كانوا يشتغلون فى مكان أو بلد واحد أو فى أمكنة أو بلاد متفرقة استخدام المعوقين الذين ترشحهم مكاتب القوى العاملة من واقع سجل قيد المعوقين وذلك فى حدود خمسة فى المائة من مجموع عدد العمال فى الجهة التى يرشحون فيها .

ومع ذلك يجوز لأصحاب الأعمال المشار إليها فى الفقرة المناسبة شغل هذه النسبة باستخدام المعوقين من غير طريق الترشيح

من مكاتب القوى العاملة بشرط حصول القيد المنصوص عليه فى المادة السابقة .

ويجب فى جميع الأحوال على كل من يستخدم معوقاً أخطار مكتب القوى العاملة المختص وذلك بكتاب موصى عليه بعلم الوصول خلال عشرة أيام من تاريخ استلام المعوق العمل .

مادة [١٠] : يخصص للمعوقين الحاصلين على شهادات التأهيل نسبة خمسة فى المائة من مجموع وظائف المستوى الثالث الخالية بالجهاز الإدارى للدولة والهيئات العامة والمؤسسات العامة والوحدات الاقتصادية التابعة لها .. ويجوز لأى من هذه الجهات استخدام المعوقين المقيدين فى مكاتب القوى العاملة مباشرة دون ترشيح منها وتحتسب هذه التعيينات من النسبة المنصوص عليها فى المادة السابقة ويجب فى جميع الأحوال إخطار مكتب القوى العاملة المختص بذلك بكتاب موصى عليه بعلم الوصول خلال عشرة أيام من تاريخ استلام المعوق العمل.

مادة [١١] : لوزير الشئون الاجتماعية بعد الاتفاق مع الوزير المختص إصدار قرار تخصيص وظائف وأعمال معينة من الوظائف والأعمال الخالية فى الجهاز الإدارى للدولة والهيئات العامة والمؤسسات العامة والوحدات الاقتصادية

التابعة لها للمعوقين والحاصلين على شـهادات التأهيـل وذلك فى حدود النسبة المشار إليها بالمادة السابقة .

مادة [١٢] : يعتبر المعوق لائقاً صحياً بالنسبة إلى حالة العجز الواردة بشهادة التأهيل المنصوص عليها فى هذا القـانون وذلـك استثناءً من القواعد المنظمة لأحكام اللياقة الصحية .

مادة [١٣] : للمعوق المؤهل من المصابين بسبب العمليات الحربية أو الغارات الجوية أو أثناء تأدية الخدمة العسكرية والوطنيـة أولوية التعيين فى الوظائف والأعمال مع مراعاة النسـبة المنصوص عليهـا فـى المـادتين (٩ ، ١٠) ويعفـى المعوقين المرشحون للتعيين من شرط اجتيـاز الامتحـان المقرر لشغل الوظيفة ولمن يتم تعيينه منهم حق الجمع بين المرتب الذى يعين به وبين المعاش الذى يتقاضاه بحيث لا يجاوز مجموعهما خمسة وعشرين جنيهاً شهرياً .

مادة [١٤] : يكون التعيين فى الوظائف التى تخصص للمعوقين طبقاً لأحكام هذا القانون من غيرهم فى الجهاز الإدارى للدولـة والهيئات والمؤسسات والوحدات الاقتصادية التابعـة لهـا باطلاً ولا أثر له إذا تم ذلك دون موافقة مسبقة من وزيـر الشئون الاجتماعية .

ولا يجوز حرمان المعوقين الذين تم تشغيلهم طبقاً لأحكام هـذا القانون من أية مزايا أو حقوق مقررة للعاملين الآخرين فى الجهات التى

يعملون بها وعلى مديريات القوى العاملة إخطار مديريات الشئون الاجتماعية المختصة ببيان شهرى عن المعوقين الذين تم تشغيلهم فى الجهات المشار إليها وذلك طبقاً للأوضاع التى يحددها وزير الشئون الاجتماعية .

مادة [١٥] : على أصحاب الأعمال الذين تسرى عليهم أحكام هذا القانون إمساك سجل خاص لقيد المعوقين الحاصلين على شهادات التأهيل الذين التحقوا بالعمل لديهم ويجب أن يشمل هذا السجل على البيانات الواردة فى شهادة التأهيل وعليهم تقديم هذا السجل إلى مفتشى مكتب القوى العاملة الذى فى دائرة نشاطهم كلما طلبوا ذلك وعليهم أخطار هذا المكتب ببيان يتضمن عدد العاملين الإجمالى وعدد الوظائف التى يشغلها المعوقين المشار إليهم والأجر الذى يتقاضاه كل منهم ويكون السجل والأخطار بالبيان طبقاً للنماذج الموحدة التى يصدر بها قرار من وزير القوى العاملة .

ويحدد وزير القوى العاملة بقرار منه مواعيد الإخطار بالبيان ، وعلى مديريات القوى العاملة كل فى دائرة اختصاصه إخطار مديريات الشئون الاجتماعية المختصة كل ستة أشهر ببيان إجمال عن عدد الوظائف التى يشغلها المعوقون والأجر الذى يتقاضاه كل منهم ... وذلك طبقاً للأوضاع التى يحددها وزير الشئون الاجتماعية .

١- يعاقب كل من يخالف أحكام المادة (٩) من هذا القانون بغرامة لا تجاوز ثلاثون جنيهاً والحبس مدة لا تجاوز شهراً أو بإحدى هاتين العقوبتين .

كما يجوز الحكم بإلزام صاحب العمل بأن يدفع شهرياً للمعوق المؤهل الذى رشح له وامتنع عن استخدامه مبلغاً يساوى الأجر أو المرتب المقرر أو التقديرى للعمل أو الوظيفة التى رشح لها وذلك اعتباراً من تاريخ إثبات المخالفة ولا يجوز الحكم بإلزام صاحب العمل بهذا المبلغ لمدة تزيد على سنة ويزول هذا الإلتزام إذا قام بتعيين المعوق لديه أو إذا التحق المعوق فعلاً بعمل آخر وذلك من تاريخ تعيين أو التحاق المعوق بالعمل ويجب على صاحب العمل تنفيذ الحكم بالزامه بأداء المبلغ المذكور خلال عشرة أيام من تاريخ صدوره والاستمرار فى هذا الأداء شهرياً فى الميعاد المحدد للحكم .

وفى حالى امتناع صاحب العمل عن أداء الأجر أو المرتب المشار إليه إلى المعوق فى الميعاد المقرر يجوز تحصيله بناء على طلب العامل بطريق الحجز الإدارى وأداؤه إليه دون أى مقابل أو أية رسوم من أى نوع كان ولا يستفيد المعوق إلا من أول حكم يصدر لصالحه وفى حالة تجدد الأحكام بإلزام صاحب الأعمال بالدفع عند تعددهم تؤول إلى وزارة الشئون الاجتماعية المبالغ المحكوم بها فى الأحكام الأخرى وتخصص هذه المبالغ للصرف منها فى الأوجه وبالشروط وطبقاً للأوضاع المنصوص عليها فى المادة التالية ...

وتتعدد العقوبة بتعدد الذين وقعت فى شأنهم الجريمة كما تتعدد العقوبة بتعدد الامتناع عن تشغيل المعوق الواحد تطبيقاً لحكم (٩) وذلك عن كل سنة يحصل فيها الامتناع بالنسبة له .

ويعاقب كل من يخالف أحكام المادة (١٥) بالحبس مدة لا تزيد عن أسبوعين وبغرامة لا تجاوز عشرين جنيهاً أو بإحدى هاتين العقوبتين .

وتقام الدعوى فى جميع الأحوال على صاحب العمل أو وكيله أو المدير المسئول ولا يجوز الحكم بوقف التنفيذ فى العقوبات المالية .

مادة [١٧] : تخصص الغرامات المحكوم بها طبقاً لأحكام المادة السابقة للصرف منها فى تمويل خدمات التأهيل المهنى للمعوقين طبقاً للشروط والأوضاع التى يصدر بها قرار من وزير الشئون الاجتماعية .

مادة [١٨] : تلغى أحكام الفصل الرابع من الباب الأول من قانون العمل الصادر بالقانون رقم ٩١ لسنة ١٩٥٩ كما يلغى من هذا القانون ومن القانون رقم ٦٣ لسنة ١٩٦٤ بإصدار قانون التأمينات الاجتماعية ومن القانون رقم ٧٥ لسنة ١٩٦٤ فى شأن التأمين الصحى ومن القانون رقم ١٣٣ لسنة ١٩٦٤ فى شأن الضمان الاجتماعى الأحكام

المتعلقة بتأهيل المعوقين وكذلك كل نص يخالف هذا القانون .

مادة [١٩] : تنقل الاعتمادات المخصصة للتأهيل بكل من هيئة التأمينات الاجتماعية ووزارة القوى العاملة وهيئة التأمين الصحى إلى وزارة الشئون الاجتماعية .. كما يراعى قيمة ما يقدر صرفه بمعرفة الهيئتين سالفة الذكر سنوياً فى تحديد الاعتمادات التى تدرج بموازنة وزارة الشئون الاجتماعية للصرف منها على تنفيذ أحكام هذا القانون .

مادة [٢٠] : يصدر وزير الشئون الاجتماعية اللائحة التنفيذية لهذا القانون ..

مادة [٢١] : ينشر هذا القانون فى الجريدة الرسمية ويعمل به من تاريخ نشره .

يبصم هذا القانون بخاتم الدولة وينفذ كقانون من قوانينها .

صدر برئاسة الجمهورية فى ١٤ جمادى الآخر سنة ١٢٩٥هـ

٢٤ يونيو سنة ١٩٧٥م

(أنور السادات)

وجهة نظر وتعقيب :

واضح من هذا القانون أن هناك عدة أمور هامة يجب أن نشير إليها :-

١- إنه وضع تعريفاً للمعوق ولعملية التأهيل كما جاء في المادة الثانية .

٢- أوضحت القوانين أن خدمات التأهيل حق للمعوقين تقدمه الدولة وذلك فى حدود الإمكانيات المادية التى تدرج فى الموازنة العامة للدولة .

٣- أن القانون اهتم برسم السياسة العامة لرعاية المعوقين عن طريق المجلس الأعلى الذى يضم وكلاء الوزارات المعنية بشئون المعوقين ورعايتهم وكذلك المهتمين بهذه الأمور . وجاء فى اختصاص هذا المجلس أيضاً التخطيط لمشكلة المعوقين وتنسيق البرامج الخاصة بهم والنهوض بمستواهم الفنى .

٤- اشتملت معظم مواد القانون على الإجراءات الإدارية والفنية التى تكفل توصيل خدمات التأهيل إلى فئات المعوقين نتيجة الإصابة بمرض عضوى أو عقلى أو جسمى أو نتيجة عجز خلقى منذ الولادة ، كما نظمت هذه المواد طريقة تشغيلهم بعد إتمام عملية التأهيل .

ونذكر أيضاً أن هناك اتحاد نوعى يضم الجمعيات المعنية بفئات المعوقين تم تكوينه وأشهر طبقاً لقانون الجمعيات والمؤسسات الخاصة رقم ٣٢ لسنة ١٩٦٤ وتتفق أغراضه مع ما ورد فى أهداف المجلس الأعلى لتأهيل المعوقين مما يقتضى ضرورة تنسيق العمل بين المجلس الأعلى والاتحاد النوعى حتى لا تكرر الجهود وتتضارب دون مبرر لذلك .

قرار وزارى
رقم ٢٥٩ بتاريخ ١٩٧٦/٥/٢٠
باللائحة التنفيذية للقانون رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥
بشأن تأهيل المعوقين

وزيرة الشئون الاجتماعية :

بعد الإطلاع على قانون الجمعيات والمؤسسات الخاصة الصادر بالقانون رقم ٣٢ لسنة ١٩٦٤ ،

وعلى القانون رقم ١٣٣ لسنة ١٩٦٤ فى شأن الضمان الاجتماعى ،

وعلى القانون رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥ بشأن تأهيل المعوقين ،

وبناء على ما ارتآه مجلس الدولة .

قـــــررت

مادة [١] : لكل معوق حق التأهيل ، وتؤدى الدولة خدمات التأهيل دون مقابل فى حدود المبالغ المدرجة لهذا الغرض فى الموازنة العامة للدولة ، ويجوز أن تؤدى هذه الخدمات بمقابل فى الحالات وبالحدود الآتية :

(أ) بالنسبة للعلاج الطبيعى :

١- إذا كان متوسط دخل الفرد فى الأسرة ثلاثة جنيهات ويقل عن أربعة جنيهات شهرياً فيساهم طالب التأهيل بمبلغ مائة مليم عن كل جلسة .

٢- إذا كان متوسط دخل الفرد فى الأسرة أربعة جنيهات فأكثر ويقل عن ستة جنيهات شهرياً فيساهم طالب التأهيل بمبلغ مائتى مليم عن كل جلسة .

٣- إذا كان متوسط دخل الفرد فى الأسرة ستة جنيهات فأكثر غيابهم طالب التأهيل بمبلغ ثلاثمائة مليم عن كل جلسة .

ولا يجوز أن يزيد ما تتحمله جهة العلاج الطبيعى على خمسين جنيهاً للعلاج الطبيعى وما يستتبعه من إقامة وأدوية وخلافه بالنسبة للحالة الواحدة وإذا زادت قيمة العلاج على ذلك فيعرض الأمر على الإدارة العامة للتأهيل الاجتماعى للمعوقين لتقرير ما تراه .

(ب) بالنسبة للأجهزة التعويضية :

١- إذا كان متوسط دخل الفرد فى الأسرة ثلاثة جنيهات ولا يجاوز أربعة جنيهات شهرية فيساهم طالب التأهيل بنسبة ١٠% من قيمة الجهاز .

٢- إذا كان متوسط دخل الفرد فى الأسرة أربعة جنيهات فأكثر ولا يزيد على خمسة جنيهات شهرياً فيساهم طالب التأهيل بنسبة ٣٠% من قيمة الجهاز .

٣- إذا كان متوسط دخل الفرد فى الأسرة يزيد على خمسة جنيهات ولا يجاوز سبعة جنيهات شهرياً فيساهم طالب التأهيل بنسبة ٥٠% من قيمة الجهاز .

٤- إذا كان متوسط دخل الفرد في الأسرة يجاوز سبعة جنيهات يتحمل طالب التأهيل بقيمة الجهاز بالكامل . فإذا كانت الأسرة مكونة من فرد واحد بذات متوسط الدخل وزادت قيمة الجهاز على عشرة جنيهات فيتحمل طالب التأهيل بمبلغ عشرة جنيهات أو ٥٠% من قيمة الجهاز أيهما أكبر .

وتقدر قيمة مساهمة طالب التأهيل في تكاليف العلاج الطبيعي والجهاز التعويضي على النحو المشار إليه بعد فحصه طبياً لتحديد نوع العجز والعلاج الطبيعي أو الجهاز التعويضي اللازم للتأهيل وعلى ضوء ما يسفر هذا البحث الاجتماعي لحالته .

مادة [٢] : لا تصرف النظارات الطبية في مجال تقديم خدمات التأهيل إلا للمعوقين الجاري تأهيلهم والذين يثبت أن النظارة ضرورية بالنسبة لطبيعة العمل الذي يؤهلون إليه .

مادة [٣] : لا تصرف أطقم الأسنان في مجال تقديم خدمات التأهيل إلا إذا كانت لازمة لاستكمال التأهيل للأشخاص المعوقين المصابين بحالات تشوه أو عيوب بأحد الفكين .

مادة [٤] : لا تصرف السماعة الطبية في مجال تقديم خدمات التأهيل إلا للحالات التي يثبت من الفحص الطبي الذي تجريه الوحدات الصحية المتخصصة صلاحية إذن طالب التأهيل للسمع بالسماعة الطبية وإمكان استخدامه لها وبشرط أن

تكون السماعة لازمة وضرورية لتأهيل الطالب مهنياً أو تساعده على الاستمرار فى العمل الذى يزاوله .

مادة [٥] : تسلم الأجهزة التعويضية إلى مستحقيها بواسطة لجنة خاصة يصدر بتشكيلها قرار من مدير الجهة القائمة بتأدية الخدمة . وعلى أن تضم هذه اللجنة إلى عضويتها الطبيب والأخصائى المهنى بهذه الجهة ومندوب عن الجهة التى قامت بتصنيع الجهاز .

ويتم التعليم بعد التأكد من مطابقة الأجهزة للمواصفات واستيفائها للشروط الطبية .

مادة [٦] : لا يجوز تكرار صرف الأجهزة التعويضية إلا بعد مضى المدة الموضحة قرين كل نوع من الأجهزة التالية :

أ- الدرجات اليدوية والكراسى المتحركة والسماعات الطبية وأطقم الأسنان بعد سبع سنوات .

ب- النظارات الطبية بعد خمس سنوات .

ج- أجهزة الشلل والأطراف الصناعية للبالغين من العمر ١١ سنة فأكثر بعد ثلاث سنوات .

هـ- الأجهزة الطبية والأحزمة الطبية بعد سنة واحدة .

مادة [٧] : تقدم طلبات خدمات التأهيل إلى الجهة القائمة على هذه الخدمة وتقيد الطلبات بالسجل الخاص بذلك . وتقدم خدمات التأهيل حسب الأسبقية المطلقة لتاريخ قيد الطلبات ويجوز الاستثناء من شرط أسبقية القيد إذا ثبت من

الفحص الطبى بمعرفة طبيب الجهة واعتماد رئيسها لنتيجة الفحص ، أن التأخير فى تقديم خدمة التأهيل يضر بالحالة طبياً أو يؤدى إلى تدهورها .

مادة [٨] : يمارس المجلس الأعلى لتأهيل المعوقين اختصاصه وفقاً لنص المادة (٤) من القانون رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥ المشار إليه .

وللمجلس أن يدعو إلى حضور جلساته من يرى الاستعانة بخبرتهم فى المسائل المعروضة .

مادة [٩] : يجتمع المجلس مرة كل ثلاثة أشهر إلا إذا اقتضت الضرورة اجتماعه فيما بين فترتى الاجتماع . ويوجه المقرر الدعوة لحضور الاجتماعات مرفقاً بها جدول الأعمال المقترح .

وذلك قبل موعد الاجتماع بمدة أسبوع على الأقل ، وتسلم الدعوى باليد أو ترسل عن طريق البريد بكتاب مسجل مصحوب بعلم وصول .

مادة [١٠] : تكون اجتماعات المجلس صحيحة بحضور الأغلبية المطلقة للأعضاء وتصدر القرارات بالأغلبية المطلقة للأعضاء الحاضرين ، وفى حالة تساوى الأصوات يرجح الجانب الذى منه الرئيس .

مادة [١١] : تكون محاضر اجتماعات المجلس فى سجل خاص ويوقع عليها الرئيس وتبلغ المحاضر للأعضاء قبل الاجتماع التالى للمجلس بوقت كاف .

مادة [١٢] : فى حالة غياب رئيس المجلي عن الاجتماع يتولى الرئاسة وكيل وزارة الشئون الاجتماعية المختص .

مادة [١٣] : تنشئ وزارة الشئون الاجتماعية المعاهد والمؤسسات والهيئات اللازمة لتوفير خدمات التأهيل للمعوقين .

ويجوز بقرار من وزير الشئون الاجتماعية الترخيص للجمعيات والمؤسسات الخاصة بإنشاء المعاهد والمؤسسات والهيئات اللازمة لتوفير خدمات التأهيل للمعوقين أو مزاولة هذه الخدمات .

مادة [١٤] : يشترط لقيام الجمعيات والمؤسسات الخاصة بتوفير خدمات التأهيل للمعوقين ما يأتى :

أ – أن يكون نظامها الأساسى مشهراً طبقاً لأحكام القانون رقم ٣٢ لسنة ١٩٦٤ المشار إليه .

ب– أن تكون من الجمعيات التى تعمل فى مجال رعاية الفئات الخاصة والمعوقين .

ج– أن تكون من الجمعيات ذات الصفة العامة .

د– أن يمثل الوزارة فى مجلس إدارتها عضوان من الأخصائيين فى مجال التأهيل .

هـ- أن يتولى خدمات التأهيل بالجمعية ذوو المؤهلات العالية المتخصصون فى النواحى الطبية والاجتماعية والنفسية والمهنية ممن لهم خبرة سابقة فى مثل هذه الخدمات .

مادة [١٥] : تشكل بكل جهة تقوم بتقديم خدمات التأهيل لجنة على الوجه الآتى :

١- مدير أو رئيس تلك الجهة . مقرراً

٢- رئيس قسم التأهيل أو أخصائى التأهيل بمديرية الشئون الاجتماعية المختصة .
٣- ممثل مديرية القوى العاملة التى تقع الجهة فى دائرة عملها .
٤- طبيب الأمن الصناعى يختاره مدير مديرية القوى العاملة .
٥- طبيب الجهة .

(٢-٥) أعضاء

وتختص هذه اللجنة بفحص طالبى التأهيل ويكون لها الإطلاع على التقارير الطبية والاجتماعية والنفسية والمهنية الخاصة بالطالب ودراستها لتقرير مدى عجزه وصلاحيته للتأهيل وتتولى وضع خطة تأهيله متضمنة اختيار المهنة وفترة التدريب .

ولا تكون اجتماعات هذه اللجنة صحيحة إلا بحضور أربعة أعضاء على الأقل بينهم مديراً أو رئيس الجهة وأحد

الطبيبين المشار إليهما فى الفقرتين ٤ ، ٥ وممثل مديرية القوى العاملة التى تقع فى دائرتها جهة التأهيل .

مادة [١٦] : تشكل بكل جهة تقوم بتقديم خدمات التأهيل لجنة على أخرى على الوجه الآتى :

١- مدير أو رئيس تلك الجهة . مقرراً

أعضاء:

٢- الأخصائى المهنى للجهة .

٣- طبيب الجهة .

٤- رئيس قسم التأهيل بمديرية الشئون الاجتماعية.

٥- ممثل مديرية القوى العاملة المختص بشئون القوى العاملة يختاره مدير مديرية القوى العاملة .

وتختص هذه اللجنة بتقرير منح شهادات التأهيل للمعوقين الذين تم تأهيلهم أو الذين يثبت صلاحيتهم للقيام بعمل مناسب دون تأهيل بناء على طلبهم .

وتصدر الشهادة طبقاً للنموذج رقم (١) المرفق بهذا القرار معتمدة من مدير الجهة ومصدقاً عليها من مدير عام مديرية الشئون الاجتماعية المختص .

ولا تكون إجتماعات هذه اللجنة صحيحة إلا بحضور أربعة أعضاء على الأقل من بينهم مدير الجهة والطبيب وممثل مديرية القوى العاملة .

مادة [١٧] : يكون إخطار مديريات القوى العاملة لمديريات الشئون الاجتماعية بالبيان الشهرى عن المعوقين الذين تم تشغيلهم فى الجهاز الإدارى للدولة والهيئات والوحدات الاقتصادية التابعة للقطاع العام فى اليوم الخامس على الأكثر من كل شهر ، وذلك طبقاً للنموذج رقم (٢) المرفق بهذا القرار .

مادة [١٨] : يكون إخطار مديريات القوى العاملة لمديريات الشئون الاجتماعية المختصة بالبيان الإجمالى كل ستة أشهر عن عدد الوظائف التى يشغلها المعوقين والآجر الذى يتقاضاه كل منهم وذلك طبقاً للنموذج رقم (٣) المرفق بهذا القرار.

مادة [١٩] : يفتح بالوزارة حساب خاص لرصيد حصيلة الغرامات المحكوم بها طبقاً للمادة (١٦) من القانون رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥ المشار إليه يخصص للصرف منه فى إعانة الهيئات العاملة فى مجال رعاية المعوقين عند قصور ميزانياتها عن الوفاء بالتزاماتها أو التوسع فى توفير خدمات التأهيل .

ويكون الصرف بموافقة وكيل الوزارة المختص بناء على اقتراح الإدارة العامة للتأهيل الاجتماعى .

مادة [٢٠] : ينشر هذا القرار فى الوقائع المصرية ويعمل به من تاريخ نشره .

وزيرة
الشئون الاجتماعية
(دكتورة / عائشة راتب)



حالة محللة

فى المجال الطبى

حالة محللة

إقرأ الحالة التالية وأجب على الأسئلة التى تليها :

أحال الدكتور على الغندور الطبيب بقسم الأمراض النفسية بمستشفى القصر العينى إلى قسم الخدمة الاجتماعية بالمستشفى حالة المريضة (س) ٣٤ سنة لدراسة حالتها الاجتماعية حيث أنها تصر على مغادرة المستشفى قبل الإنتهاء من إجراءات الكشف الاكلينيكى عليها . والمريضة حولت للقسم النفسى منذ يومين من قسم الأمراض الباطنية بالمستشفى عقب شفائها من حالة التسمم التى جاءت بها حيث شعر الطبيب المعالج بحاجتها إلى العلاج النفسى . تسلمت الحالة السيدة / صفاء محمود الأخصائية الاجتماعية ، وفيما يلى تسجيلاً لما قامت به من خطوات :

قابلت الدكتور " على " الذى أخبرها بأن التشخيص المبدئى للمريضة هو اكتئاب بسيط ويعتقد أن حالتها عارضة بفعل عوامل خارجية طارئة ومعرفته لهذه العوامل سوق تساعده على الخروج بها من حالة الصمت التام التى ألمت بها منذ تحويلها للقسم كما ورد بالبطاقة الطبية للمريضة بالقسم الباطنى بأن شقيقتها كانت قد جاءت بها إلى المستشفى منذ أسبوع مصابة حالة تسمم من مادة الـــ د.د.ت تناولتها من باب السهو وأن المريضة أم لطفلين ٧ ، ٥ سنوات أولهما مودع بمؤسسة لضعاف العقويل ، تقيم حالياً مع شقيقتها منذ أن أودع زوجها السجن منذ أكثر من عام متهماً فى قضية مخدرات تعمل حالياً

فراشة بإحدى المدارس الخاصة بمرتب خمسين جنيهاً حيث اضطرت للعمل بعد سجن زوجها كما ذكرت الحكيمة أن المريضة كانت تبدو دائماً شاردة قليلة الكلام ترفض تناول الطعام رغم إعيائها الشديد ، الأمر الذى اضطر الطبيب لإعطائها حقن مقوية باستمرار . كما أضافت بأنه قد زارها أخيراً شقيقها وإبنها الصغير ووالدتها ولم يمكثوا إلا وقتاً قليلاً حيث أبدت المريضة رغبتها فى الراحة .

المقابلة الأولى :

زارت الأخصائية المريضة فى العنبر ، بدت شاحبة الوجه ترقد فى شرود مستسلمة للممرضة وهى تقيس حرارتها . عقب انصراف الممرضة عرفتها بنفسها مستفسرة عن حالتها الصحية . فأجابت فى إعياء واضح أنها شفيت تماماً والحمد لله ، عقبت الأخصائية متسائلة عما تشكون منه فتنهدت فى تبرم لتقول بأنها لا تشكو إلا من بقائها بالمستشفى وتود الخروج منها بأسرع فرصة ، علقت الأخصائية بأنها تقدر ما تشعر به من ضيق وكم تود أن تفصح لها عما يضايقها بالمستشفى حتى يمكنها مساعدتها ، لم تستجيب المريضة لذلك وإنما عادت تردد فى صوت عال رغبتها فى الخروج وتركها فى حالها إزاء تجمع بعض المرضى والممرضات أنهت الأخصائية المقابلة بعد أن أبدت ترحيبها بلقائها ثانية إن شاءت ذلك .

وفى اليوم التالى أبلغت حكيمة القسم الأخصائية بأن المريضة تلح فى طلب مقابلتها ولكن الأخصائية لم تذهب إليها فى نفس اليوم وإنما زارتها فى اليوم التالى وكانت هذه المقابلة .

المقابلة الثانية :

استهلت المريضة المقابلة بإبداء أسفها الشديد على سلوكها فـى المقابلة الأولى وكم تود من الأخصائية الصـفح عنهـا ، أكـدت لهـا الأخصائية بأنه ليس هناك مبرراً لذلك فهى تشعر بأن سلوكها السـابق معها كان رغماً عنها وإن ما ضايقها حقيقة هو عدم تمكينها مـن فهـم ظروفها حتى يمكنها مساعدتها ، فى صوت هادئ ذكـرت المريضـة بأنها ربما تعجب أنها لم تكن تود الحضور للمستشفى للعلاج أصـلاً ، أبدت الأخصائية دهشتها لذلك خاصة أنها كانت مصابة بتسـمم يهـدد حياتها بالخطر ، بدت عليها مظاهر يأس واضحة لتذكر فـى صـوت متهدج أنها هى التى أرادت التخلص من حياتها بتناولها المادة السـامة ولولا إرادة الله التى تشملها ، وإذا استفسرت الأخصائية عما تعنيه بذلك انطلقت لتذكر بأنها تزوجت منذ ثمان سنوات من (قهوجى) يعمل بمقهى أسفل منزلها بالعباسية تزوجته رغم معارضة أسـرتها الشـديدة لهـذا الزواج حيث تعلم بأنه سيئ السيرة يتاجر فى المخدرات فضلاً عن أنـه كان متزوجاً بأخرى وله منها ثلاثة أطفال ولكنها أصرت على الـزواج منه هرباً من مشاحناتها المستمرة مع والدتها التى كانـت لا تهـتم إلا بشقيقها الذى ينفق على الأسرة بينما تسيء معاملتها ، رأت فى زوجها خير عوض لها عن أبيها الذى فقدته وهى طفلة فى الخامسـة شـعرت بالتعاسة والقلق حينما اكتشفت أخيراً أن ابنها الأول ضعيف العقل كمـا كانت تتألم كثيراً حينما كان زوجها يبدى حنينه لأطفاله مـن زوجتـه السابقة استمرت حياتها مع زوجها عادية إلا مـن بعـض المشـاحنات

العادية إلا أنها لاحظت تردد امرأة عليه بالمقهى بين الحين والأخر وإزاء إصرارها على سؤاله عن حقيقة علاقته بها صرح في غمرة غضبه بأنها ستكون زوجته الثالثة وغادر المنزل ، تملكتها غيره شديدة وحقد عليه فانتهزت فرصة وجود مخدرات في المنزل وأبلغت عنه وبعد لحظات أضافت بصورة تخنقها العبرات بأن القدر كان يخبئ لها مفاجأة هزت حياتها وهي أنها علمت أن تلك المرأة لم تكن سوى زوجه لأحد أفراد العصابة وتقوم بتوزيع المخدرات وحوكمت في نفس القضية هي وزوجها ثم انفجرت في البكاء .. بعد لحظات عقبت الأخصائية أنها ربما تشعر أنها قد ظلمت زوجها وتلوم نفسها بشدة على ذلك ، أمنت المريضة على ذلك وهي تردد عبارات الندم ، تساءلت الأخصائية إذا كان زوجها يعلم بأنها هي التي أرشدت عنه فأجابت بأنها لا تدرى ولكنها تحس بلهجة اللوم في عباراته كلما زارته في السجن ، أوضحت الأخصائية للمريضة بأن البوليس يحرص عادة على كتمان أسماء المرشدين وربما أحد لا يعلم بهذه الحقيقة سواها .. كانت لحظة صمت تساءلت المريضة بعدها عما إذا كانت الأخصائية تعتقد أنها قد ارتكبت جرماً في حق زوجها . فأجابت الأخصائية على الفور بأنها لم ترتكب أي جرم وما فعلته مع زوجها كان سيفعله آخرون مستقبلاً وأبنائها من خطر أكبر كثيراً مستقبلاً وإرادة الله وحدها هي التي تدخلت لتحمي زوجها وتحمي نفسها وأبنائها من خطر أكبر بكثير مستقبلاً وأتمت المقابلة على أن يلتقيا في اليوم التالي وأبدت المريضة ترحيباً شديداً بذلك .

الأسـئلة

١- ناقش ما تحته خط في هذه الحالة . .

٢- اكتب عبارة تشخيصية مناسبة لمشكلة العميلة الحالية ؟

٣- حدد الخطوط العريضة للخطوات العلاجية لهذه الحالة ؟

الإجابـــة

أولاً : مناقشة العبارات التى تحتها خط :

(١) عقب انصراف الممرضة عرفتها بنفسها مستفسرة عن حالتهـــا الصحية :

تصرف سليم من جانب الأخصائية من الناحية الموضوعية فيـــه التزام بالسرية حين انتظرت الأخصائية انصراف الممرضة لتســـتطيع الحديث مع العميلة بمفردها ، كما أن فيه محاولة لتحقيق أحـــد أهـــداف المقابلة الأولى وهو تعريف العميلة بالأخصائية كما يتضـــمن الجـــزء الثالث من العبارة سؤالاً تعاطفياً تهدف الأخصائية إلى تقـــدير مشـــاعر العميلة والتعبير عن الاهتمام بحالتها واستثارتها للحديث .

إلا أن الأخصائية لم تلتزم بأحد شروط التسجيل القصصى وهو أن يتحدث الأخصائى عن نفسه بضمير المتكلم وعن العمـــل بضـــمير الغائب فكان من الأفضل أن تقول عرفتها بنفسى مستفسرة عن حالتهـــا الصحية ، لأن التسجيل بهذا الشـــكل يضـــمن الخلـــط بـــين العميلـــة والأخصائية إذا تحدثنا عن كل منهما بضمير الغائب .

(٢) علقت الأخصائية بأنها تقدر ما تشعر به من ضيق وكم تـــود أن تفصح عما يضايقها بالمستشفى حتى يمكنها مساعدتها :

تصرف معنى سليم من الناحية الموضوعية ، فهو خطـــوة ذات أهداف دراسية وعلاجية تتمثل فى تعليق قامت الأخصائية عن طريقـــه بتطبيق مبدأ التقبل ، كما يتضمن تقدير لمشاعر العملية ، ويستهدف هذا

التعليق التغلب على مقاومة العملية للتعاون مع الأخصائية والخروج بها من الصمت الذى لانت به حتى تتمكن الأخصائية من مساعدتها .

إلا أن الأخصائية وقعت فى نفس الخطأ الذى وقعت فيه فى العبارة السابقة وهو التحدث عن نفسها بضمير الغائب .

(٣) شعرت بالتعاسة والقلق حينما عرفت أن ابنها الأول ضعيف العقل :

شعور الأم بالتعاسة لإنجاب طفل ضعيف العقل إحساس طبيعى حيث يتصور الوالدان أنهما السبب فى إنجاب طفل معوق ، كما أن الأم فى هذه الحالة تفتقد الإحساس بالفرحة والافتخار بالابن باعتباره امتداد لوجودها وهذا الأمر لا يتحقق مع كون الابن ضعيف العقل .

ويمكن أن تكون هذه المشاعر أحد الأسباب التى أدت إلى إصابة الأم بحالة الاكتئاب ، لأن الاكتئاب استجابة مبالغ فيها من الحزن لموقف مؤلم ، ويمكن أن يكون إحساس الأم بالذنب وخيبة الأمل سبباً مهيئاً جعلها على استعداد للإصابة بالمرض بعد اكتشاف مسئوليتها عن سجن الزوج . وهو ما يتطلب من الأخصائية الاجتماعية العمل على إزالة هذه المشاعر أو التخفيف منها باستخدام أساليب المعونة النفسية .

(٤) بعد لحظات عقبت الأخصائية أنها ربما تشعر أنها قد ظلمت زوجها وتلوم نفسها بشدة على ذلك :

تصرف سليم من جانب الأخصائية من الناحية الموضوعية فالعبارة تعليق يستهدف تفسير السلوك الحالة لها والمتمثل فى الاستجابة

الاكتئابية على ضوء خبراتها الماضية ، وهو مـا يشـكل اسـتخداماً لأسلوب الاستبصار وهو الاسلوب المناسب في هذا الموقف .

أما من ناحية التسجيل فقد وقعت الأخصائية في نفس الخطأ الذى سبقن الإشارة والمتمثل في الحديث عن نفسها بضمير الغائب .

(٥) فأجابت الأخصائية على الفور بأنها لم ترتكب جرماً وما فعلتـه مع زوجها كان سيفعله آخرون مستقبلاً ، وإرادة الله وحدها هى التى تدخلت لتحمه زوجها وتحمى نفسها وأبنائها من خطر أكبر بكثير مستقبلاً .

تسرف سليم أيضاً من جانب الأخصائية من الناحية الموضوعية فيه استخدام للتعليق فى مكانه المناسب يهدف التخفيف من مشاعر الذنب التى كانت أحد أسباب إصابة الزوجة بالمرض كمـا تضـمن التعليـق توضيحاً وشرحاً ثم من خلاله تزويدها بمعلومات جديدة تخـدم نفـس الهدف وهو تخفيف مشاعر الذنب ، بالإضافة إلى محاولة تدعيم إيمـان العميلة بالله سبحانه وتعالى وعدالته وحكمته بما يترتب على ذلك مـن إحساس بالأمن والطمأنينة وهو ما يسهم فى التخفيـف مـن المشـاعر السلبية التى تعانيها الزوجة .

العبارة التشخيصية :

السيدة (س) عاملة معاونة فى مدرسة فى الرابعة والثلاثين مـن العمر تعانى من مشكلة نفسية تتمثل فى الإصابة باكتئاب بسيط يتعاون فى إحداثها تأثير كل من العوامل الذاتية والبيئية .

تتحدد أعراض المشكلة فى محاولة العملية الانتحار عن طريق تناول مادة سامة حيث تم إسعافها ونقلها إلى قسم الأمراض النفسية مع مشاعر ذنب زائدة ، وعلاقات أسرية سيئة وترجع هذه المشكلة فى أساسها إلى مرحلة الطفولة حين كانت العميلة شديدة التعلق بأبيها وأدت وفاته وهى فى سن الخامسة (المرحلة الأوديبية) إلى افتقاد الإحساس بالأمن ، وزاد من تأثير سوء معاملة الأم لها بعد وفاة الأب والتفرقة فى المعاملة بينها وبين شقيقها الذى كان يتولى الإنفاق على الأسرة ، وهو ما أدى إلى اختلاط مشاعر الذنب بمشاعر الاضطهاد التى ترتب عليها رغبتها فى التخلص من هذا الوضع ، مما دفعها إلى البحث عن تعويض للأب عن طريق الزواج برجل يكبرها فى السن على الرغم من علمها بسوء طباعة وزواجه من أخرى وباتجاره فى المخدرات .

وأدى عدم التوفيق الكامل للعميلة فى حياتها الأسرية إنجابها لطفل ضعيف العقل إلى تعميق مشاعر الاضطهاد وعدم الإحساس بالأمن والقلق والتعاسة زاد من تأثير هذه العوامل حنين الزوج إلى أولاده من الزوجة الأخرى وسوء معاملته لها وهو ما كان يؤدى إلى حدوث منازعات بينهما بين الحين والأخر وأدت كثرة حضور إحدى السيدات إلى زوجها إلى تولد مشاعر الغيرة لدى الزوجة وهو ما دفعها إلى التشاجر مع الزوج الذى أدى ضيقه من هذا السلوك من جانب زوجته إلى إخبارها بأن هذه السيدة سوق تكون زوجته الثالثة وهو ما أدى إلى استثارة المشاعر السلبية لديها ودفعها إلى انتهاز فرصة وجود مخدرات بالمنزل للإبلاغ عن الزوج والقبض عليه ، أدى علم العميلة

بأن السيدة التى كانت تحضر إلى زوجها زوجة لرجل آخر فى العصابة وأنها أيضاً تعمل معهم وأن زوجها لم يكن ينوى الزواج عليها إلى تفجير ما لديها من مشاعر سلبية فى شكل ميول تدميرية للذات حتى تتلخص من وطأة هذه المشاعر وهو ما أدى إلى محاولة الانتحار عن طريق تعاطى المادة السامة وحين لم تتحقق رغبتها فى ذلك بعد إنقاذها استمرت هذه المشاعر دافعاً للعملية إلى تدمير الذات عن طريق الامتناع عن تناول الطعام وعدم الرغبة فى التعاون مع الأخصائيين حتى تتحقق رغبتها فى تعذيب الذات ، عن طريق الاستمرار تحت وطأة ما تعانى منه وهو ما أدى إلى إصابتها بالاكتئاب النفسى .

وحتى تشفى العميلة من مرضها النفسى يتطلب الأمر انتظامها فى العلاج الطبى والنفسى وإزالة أو التخفيف مما تعانى من مشاعر سلبية وتخفيف الضغوط البيئية التى أسهمت فى إحداث المشكلة .

الخطة العلاجية للحالة :

تستهدف الخطة العلاجية شفاء العملية من مرضها ويتم وضع هذه الخطة عن طريق الفريق العلاجى الذى يتكون من الطبيب النفسى والأخصائى النفسى والأخصائى الاجتماعى ومستوى العلاج الذى يمكن تحقيقه مع هذه الحالة هو المستوى الثانى " تعديل نسبى فى كل من شخصية العملية وظروفها البيئية " .

ويتطلب تحقيق هذا الهدف إحداث التعديلات الآتية :-

(١) انتظام العميلة فى تعاطى العلاج الطبى والنفسى .

(٢) مساعدة العميلة على التخلص من المشاعر السلبية التى تعانى منها أو التخفيف منها (مشاعر الذنب - القلق - الخوف - الإحباط) .

(٣) مساعدة العميلة على التخلص من الميول الانتحارية وتعذيب الذات ، والوصول بها إلى حالة من التوازن .

(٤) تحسين العلاقة بين العميلة وزوجها ومحاولة حل الخلافات الزوجية بينهما .

(٥) تحسين العلاقة بين العميلة ووالدتها وشقيقتها .

(٦) مساعدة العميلة على التخلص من المشاعر السلبية المرتبطة بالإبن الضعيف العقل وزيارته فى المؤسسة . .

(٧) مساعدة العميلة اقتصادياً عن طريق تحويلها إلى مؤسسة متخصصة ويمكن إحداث هذه التعديلات عن طريق استخدام الأساليب العلاجية الأتية :

أولاً : العلاج الذاتى

[١] أساليب المعونة النفسية :

ويستهدف استخدام هذه الأساليب إزالة مشاعر السلبية أو التخفيف منها حتى يمكن تحقيق استجابة أفضل من جانب العميلة إلى التماسك وذلك استخدام كل من :

(أ) العلاقة المهنية :

وتحتاج العميلة إلى مستوى عميق من مستويات العلاقة هو المستوى التصحيحي (التقوية) حتى يمكن تصحيح الاتجاهات السلبية للعميلة نحو الأم والشقيق والزوج .

(ب) التأكيد :

وذلك لمواجهة ما تشعر به العميلة من يأس دفعها للانتحار وتجديد أملها في حل المشكلة وعودة الأمور إلى الاستقرار مرة أخرى .

(ج) التعاطف :

وتحتاج إليه العميلة في بداية التعامل معها لإشعارها بموقف الأخصائية إلى جوارها وهو ما يؤدي إلى تخفيف العبء النفسي الناجم عن المشكلة .

(د) الإفراغ الوجداني :

وذلك فيما يتعلق بالمشاعر السلبية الموجودة لدى العميلة تجاه الأم وتجاه الشقيق وتجاه نفسها وذلك باتباع خطوات الإفراغ الوجداني عن طريق :

- استثارة العميلة للإفراغ عن طريق فتح مجال الحديث أمامها عن هذه الموضوعات عن طريق الأسئلة والتعليقات .
- مولاة هذه الاستثارة بالتشجيع حتى تعبر العميلة عن أكبر قدر ممكن من هذه المشاعر .

- توظيف ما تم التعبير عنه من مشاعر عن طريق تحويل مسار هذه المشاعر إلى الظروف البيئية بدلاً من استمرارها موجهة نحو شخصها أو أمها أو شقيقها ومقابلة الشطحات غير الواقعية التي تصاحب التعبير عن هذه المشاعر .

[٢] الاستبصار :

تحتاج العميلة إلى هذه العملية لأن جزءاً كبيراً من سلوكها الحاضر يرجع إلى خبراتها الماضية وهو ما يجعلها فى حاجة شديدة إلى هذا الأسلوب وذلك فيما يتعلق بأثر تعلقها بوالدها فى زواجها بشخص أكبر منها وأثر الإحساس بالذنب تجاه الابن والزوج فى رغبتها فى الانتحار وأثر رغبتها فى تعذيب النفس على عدم رغبتها فى التعاون وذلك عن طريق الخطوات الآتية :

(أ) الاستدعاء :

وذلك بمساعدة المريضة على تذكر هذه الخبرات لنقلها من شبه الشعور إلى بؤرة الشعور .

(ب) التفسير :

وذلك يشرح أثر هذه الخبرات المستدعاه على السلوك الحالى للعميلة بصورة تكون فى متناول إدراكها وفهمها .

(ج) تكوين البصيرة :

وذلك لتصل العميلة إلى إدراك العلاقة بين الخبرات الماضية والسلوك الحاضر وهو ما يؤدى إلى تصحيح سلوكها الحالى .

[٣] أساليب التعلم :

وذلك بهدف إكساب العميلة معلومات وخبرات جديدة تؤدى إلى تعديل الجوانب السلوكية الراجعة إلى نقص أو خطأ فى المعرفة مثل القلق الناجم من خوفها من معرفة زوجها أنها أرشدت عنه وكيفية مواجهة مشكلة الابن الضعيف العقل ، وكيفية معاملة الزوج ومواجهة المشكلات الزوجية وذلك عن طريق :

(أ) التنبيه :

وذلك بهدف إثارة رغبة العميلة للتعلم بشرح المزايا التى يمكن أن تحصل عليها من التعلم مثل كسب حب الزوج والتغلب على المشكلات الأسرية التى تقابلها .

(ب) التوضيح :

وذلك بتقديم المعلومات التى ترغب الأخصائية فى نقلها إليها حول الموضوعات التى سبقت الإشارة إليها .

(ج) الإقناع :

وذلك إذ وجدت المعلومات التى تقدمها الأخصائية مقاومة من جانب العميلة وتتم عن طريق المناقشة ومقارعة الحجة بالحجة .

(د) التدعيم :

بتقديم الثواب لكل تعديل مرغوب يظهر فى سلوك العميلة ويكون التدعيم معنوياً فى شكل إبراز مدى التحسن المترتب على تعديل السلوك

(هـ) التعليم :

وذلك بمساعدة العميلة على نقل أثر الخبرات المكتسبة إلى مواقف أخرى متشابهة للموقف الذى تم فيه التعلم .

ثانياً : العلاج البيئى

[١] التعديل البيئى :

وذلك باستخدام أساليب العلاج الذاتى مع المحيطين بالعميلة لتعديل اتجاهاتهم وسلوكهم نحوها على النحو الآتى :

(أ) الأم :

من الضرورى تعديل اتجاهات الأم نحو ابنتها حتى لا تشعرها بالتفرقة في المعاملة بينها وبين شقيقها وما يترتب على ذلك من إسهام فى علاج السلبية التى تعانى منها العملية وذلك عن طريق استخدام الأساليب الآتية :

- أساليب التعلم لشرح أثر معاملة الأم على سلوك العميلة والأسلوب الذى يجب أن تعاملها به كما يمكن أن تسهم الأم فى تعليم العملية كيفية معاملة الزوج والأبناء بتوجيه من الأخصائى .
- أساليب التأثير المباشر وخاصة النصيحة فى بعض الجزئيات التى قد لا تسمح الفرصة بإجراء عمليات تعلم بشأنها .

(ب) شقيق العميلة :

وذلك بهدف زيادة فاعليته شقيقته وذلك باستخدام :-

- التعلم : فيما يتعلق بكيفية معاملته لأخته وإزالة ما تشعر به من اضطهاد وتفرقه فى المعاملة .
- أساليب التأثير المباشر وخاصة النصيحة .
- الزوج : وذلك لتعديل اسلوبه فى معاملة الزوجة عن طريق :
  - التعلم : بشرح كيفية معاملته لزوجته وأثر هذه المعاملة فى شفائها وعدم عودة المرض إليها مرة أخرى .
  - زملاء ورؤساء الزوجة فى العمل لمساعدتها على تخطى الأزمة وذلك باستخدام أساليب التعلم .

[٢] الخدمات البيئية المباشرة :

وذلك عن طريق مساعدة الزوجة على تخطى الأزمة الاقتصادية الناجمة عن الانخفاض الحاد فى الداخل نتيجة لسجن الزوج ويمكن الاستعانة فى هذا الصدد بعدد من الإمكانات المتاحة أهمها :

- الخدمات التى يمكن الحصول عليها من الجهة التى تعمل فيها الزوجة .
- الخدمات والمساعدات التى تقدمها جمعية رعاية أسر المسجونين .
- تحويل الزوجة إلى إحدى مؤسسات المعونة الاقتصادية .

كما تتضمن الخدمات البيئية المباشرة مساعدة العميلة على الاتصال بجهة عملها وإخطارها بحالتها المرضية والحصول على إجازة

ملحوظة : يلاحظ عدم استخدام الأساليب العلاجية الأخرى وذلك لعدم حاجة الحالة لهذه الأساليب الأخرى .

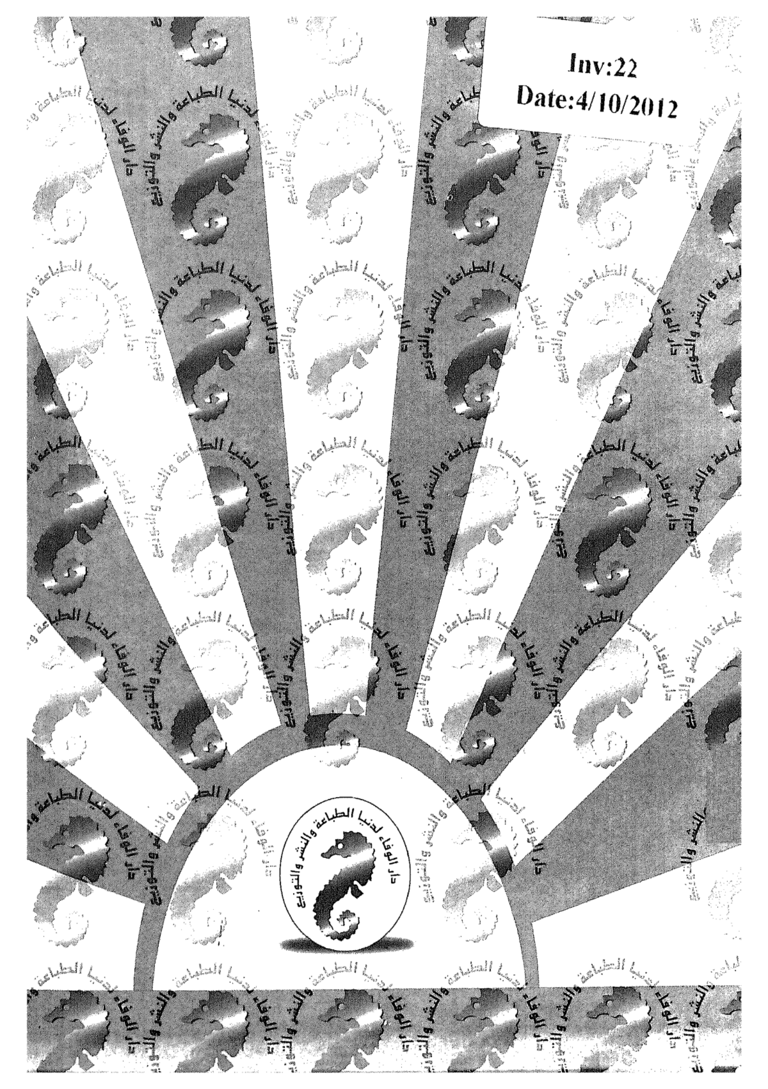


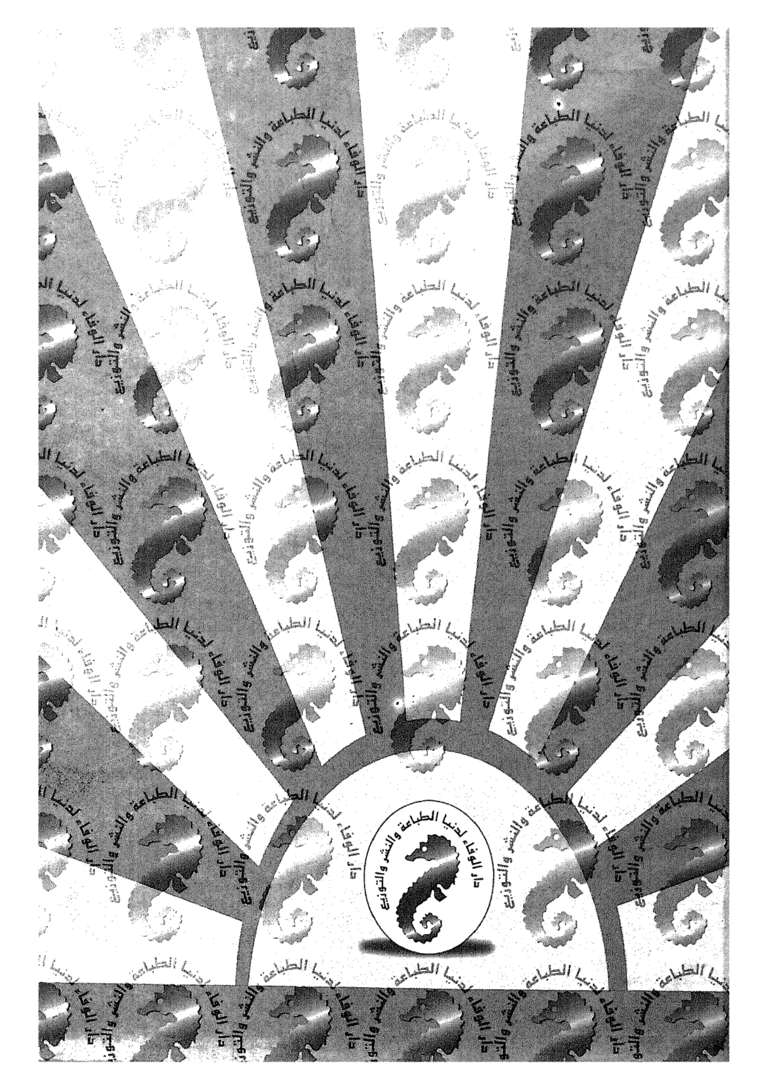
رقم الإيداع : 24388 / 2010
الترقيم الدولى : 7 - 866 - 327 - 977- 978

مع تحيات

دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر

تليفاكس: 5274438 - الإسكندرية


دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر والتوزيع


دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر والتوزيع


ممارسة الخدمة الإجتماعية
فى المجال الطبى
الأستاذ الدكتور
محمد سيد فهمى
الدكتورة
فايزة رجب بهنسى

